

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko matki

.....
Imię i nazwisko ojca

.....
Imiona i nazwiska prawnych opiekunów

.....
adres zamieszkania

WNIOSEK

Proszę o przebadanie mojego dziecka

imiona i nazwisko

.....
data i miejsce urodzenia

.....
PESEL ucznia

adres zamieszkania

telefon

..... szkoły podstawowej / gimnazjum* w Poroninie

ucznia klasy

Z powodu

.....
.....
.....
i wydanie opinii w tej sprawie.

Czy był/była badany/ badana w Poradni?

Czy otrzymał opinię? (gdzie i kiedy)

Przebyta terapia (opis)

Praca własna dziecka

Inne informacje

Wyrażam zgodę na udzielenie informacji o wynikach badań nauczycielom uczącym moje dziecko.

Udostępnione dane osobowe można wykorzystać wyłącznie zgodnie z przeznaczeniem, dla którego zostały podane (art. 29, ust. 4 ustawy o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 133, poz. 883 z 1997 r.)

1.
podpisy rodziców

*niepotrzebne skreślić