

Błonie, dn.

**Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Błoniu Powiatu Warszawskiego Zachodniego
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Błoniu**

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna/ucznia pełnoletniego)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

WNIOSEK

Powód zgłoszenia:

**W związku z powyższym wnioskuję o przeprowadzenie:
(właściwe podkreślić)**

- diagnozy (psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej)
- diagnozy związanej z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej
- porady bez badań (psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych)
- terapii
- warsztatów dotyczących:
- inne

.....
(imię pierwsze i drugie oraz nazwisko dziecka)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ur. W

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

ucz. gr./kl.Przedszkola/ Szkoły.....
(dokładna nazwa szkoły/przedszkola, adres, gmina)

Wyrażam zgodę na: Przetwarzanie danych osobowych wynikających z zadań Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Błoniu zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm. oraz na pozyskiwanie i przetwarzanie danych osobowych na potrzeby SIO, zgodnie z ustawą z dn. 15.04.2011r. (Dz. U. Nr 139, poz. 814, Nr 205, poz. 1206)

.....
(podpis: rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia)

Wyrażam zgodę na kontakt pracownika Poradni ze szkołą/przedszkolem

TAK/NIE

.....
(podpis)

