



..... data

W N I O S E K
Rodziców lub opiekunów prawnych dziecka/ pełnoletniego ucznia/słuchacza
o konsultację psychologiczno – pedagogiczną lub logopedyczną

I. DANE UCZNIĄ/DZIECKA

PESEL

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

1. **Imię i nazwisko dziecka**
2. **Data i miejsce urodzenia**
3. **Adres zamieszkania**
4. **Przedszkole/Szkoła**.....**grupa/ klasa**

II. DANE RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW

5. **Imiona rodziców/ prawnych opiekunów**.....
6. **Telefon kontaktowy**.....
7. **Adres (o ile jest inny niż ucznia)**

ZGŁASZANY PROBLEM

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dziecka (wychowanka) zawartych we wniosku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) do podjęcia działań przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Starogardzie Gdańskim

.....
podpis rodzica /opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia/słuchacza