



..... data

W N I O S E K

Rodziców lub opiekunów prawnych dziecka/pełnoletniego ucznia/słuchacza o przeprowadzenie diagnozy logopedycznej

I. DANE UCZNIĄ/DZIECKA

PESEL

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

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania.....
4. Przedszkole/Szkoła.....grupa/ klasa
5. Telefon kontaktowy pełnoletniego ucznia/słuchacza

II. DANE RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW(nie dotyczy pełnoletnich uczniów)

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

III. ZGŁASZANY PROBLEM Z UZASADNIENIEM POTRZEBY PRZEPROWADZENIA DIAGNOZY

.....
.....

IV. STAN ZDROWIA /wada wzroku, słuchu, choroby przewlekłe, alergie i inne/

.....

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 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) do podjęcia działań przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Starogardzie Gdańskim

.....
podpis rodzica /opiekuna prawnopełnoletniego ucznia/słuchacza

Załączniki:

1. Wyniki obserwacji i badań:
 - psychologicznych
 - pedagogicznych
 - logopedycznych
2. Zaświadczenie lekarskie
3. Inna dokumentacja medyczna

Inne: