



..... data

W N I O S E K

Rodziców lub opiekunów prawnych dziecka/pełnoletniego ucznia/słuchacza o przeprowadzenie diagnozy psychologiczno – pedagogicznej

I. DANE DZIECKA /UCZNIA/SŁUCHACZA 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 prawnego/pełnoletniego ucznia/słuchacza

Załączniki:

1. Opinia:

- psychologiczna ☐
- pedagogiczna ☐
- logopedyczna ☐
- nauczyciela przedmiotu ☐

2. Zaświadczenie lekarskie ☐

3. Inna dokumentacja medyczna ☐

4. Inne: