ZGŁOSZENIE NA BADANIE

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Ostrowie Wielkopolskim

Imię i nazwisko dziecka_____PESEL dziecka_____

Imiona rodziców_____

Data i miejsce urodzenia_____

Adres zamieszkania_____tel_____

Szkoła, klasa_____

Czy powtarzał(a) klasę? (którą): _____

Czy był(a) badany(a) w poradni? : _____

Jeśli tak, proszę podać datę badań _____

Uzasadnienie zgłoszenia do poradni:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Wyrażam zgodę na gromadzenie danych osobowych i danych wrażliwych mojego dziecka (w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o Ochronie Danych Osobowych) oraz wykorzystywanie i przetwarzanie ich przez poradnię w związku z postępowaniem diagnostycznym i innymi działaniami statutowymi poradni.

....

(Miejscowość, data) (Podpis rodzica/opiekuna)