

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów
.....

Słupca, dn.

Dokładny adres zamieszkania
.....
.....

Tel

Dyrektor
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Słupcy

Wniosek *

Proszę o badanie psychologiczne /pedagogiczne/ logopedyczne * * mojego syna/córki

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia **Miejsce urodzenia**

Pesel dziecka:

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

Adres zamieszkania

Szkoła/placówka **klasa**

Uzasadnienie wniosku

.....
.....

Data poprzedniego badania

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w myśl postanowień ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U.2018 poz.1000).

.....
(podpis wnioskodawcy)

* Wniosek musi być wypełniony i podpisany przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Pełnoletni uczeń wypełnia wniosek samodzielnie.

** Właściwe podkreślić
Informujemy, że PP-P może zasięgnąć opinii w szkole, do której uczęszcza dziecko/uczeń na temat funkcjonowania emocjonalnego, społecznego oraz postępów edukacyjnych.