Niepubliczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna „SUKCES”
ul. Mickiewicza 24, 78-200 Białogard
Tel. 94 312 4169
www.poradniasukces.pl e-mail: biuro@poradniasukces.pl

…….. ……
(Imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość, data)

……
(adres zamieszkania)

……..
(telefon kontaktowy)

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA TERAPIĄ

- **psychologiczną/pedagogiczną/logopedyczną***
- **inną formą pomocy** *. ……
(jaką?)

……
(imię i nazwisko dziecka)

ur. …….. w …… PESEL | | | | | | | | | | | |

zam. ……
(miejsce zamieszkania)

Szkoła/placówka……. klasa ……

(nazwa szkoły, przedszkola, placówki do której dziecko uczęszcza)

Uzasadnienie wniosku:……

……

……

Załączniki: ……

……

Oświadczam, że dziecko było badane w poradni psychologiczno – pedagogicznej: TAK/NIE*

……
(data i miejsce poprzedniego badania)

Oświadczam, że nie ma przeszkód prawnych, abym występował/a w sprawie dziecka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej Niepubliczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna „SUKCES” na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

……
czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

* właściwe podkreślić