Data zgłoszenia .....

Wniosek

o badanie diagnostyczne dziecka
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko dziecka: .....

PESEL dziecka .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Szkoła, klasa: .....

Adres zamieszkania: .....

Tel. do rodziców/opiekunów/: .....

Adres e-mail rodziców/opiekunów .....

Powód zgłoszenia na badania: .....

.....

.....

.....

Data i miejsca poprzedniej diagnozy *(jeżeli się odbyła)* .....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w celu przyjęcia i realizacji zajęć w ramach programu „Za życiem" w OKRO przy PPP w Łosicach zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych *Dz.U. z 1997r. Nr 133, poz. 8 z późn. zm.*

Podpis rodzica/opiekuna prawnego