

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/:

Powód zgłoszenia na badania:

.....
.....
.....

Podpis rodziców

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu terapeutycznego zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97r. o Ochronie Danych Osobowych , /Dz. U..z 1997r. Nr 133 ,poz. 8 z późn. zm./