

Data zgłoszenia

Wniosek
o objęcie terapią prowadzoną na terenie
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL dziecka

Data urodzenia:

Szkoła, klasa:

Adres zamieszkania:

Tel. do rodziców/opiekunów/:

Rodzaj terapii:

Powód zgłoszenia:

.....

Czy dziecko jest objęte terapią w innej placówce/instytucji ? Jeśli tak, to jaką ?

.....

Podpis zgłaszającego

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./