

# DANE DZIECKA/UCZNIĄ, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię (imiona) i nazwisko .....

Data urodzenia: ..... PESEL .....

Miejsce urodzenia: .....

Imiona i nazwiska rodziców .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy.....

Adres email: .....

Nazwa i adres przedszkola / szkoły .....

Oddział / klasa .....

## I. WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ nr .....\*\*

Zgłaszany problem.....

.....

.....

- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji nt. mojego dziecka w rozmowach z pracownikami placówek oświatowych i działających na rzecz dziecka
- Oświadczam, że znam zasady przetwarzania danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 4 Poznań Piątkowo
- Wyrażam zgodę na zdjęcie przez moje dziecko maseczki ochronnej na czas diagnozy w czasie epidemii
- Wyrażam zgodę na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej (powiadomienie o zmianie terminu, odwołanie umówionego spotkania).

Do wniosku załączam:

- Wyniki specjalistycznych badań lekarskich
- Wyniki badań psychologicznych / pedagogicznych / logopedycznych
- Opinię przedszkola, szkoły o sytuacji wychowawczo–dydaktycznej ucznia
- Inną dokumentację .....

.....  
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

## II. WNIOSEK O WYDANIE\*: nr .....\*\*

- informacji o wynikach przeprowadzonej diagnozy

- opinii w sprawie .....

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnia Poradnia