

.....  
(imię i nazwisko rodziców / pełnoletniego ucznia\*)

Poznań, dnia .....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

**Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna nr 4  
Poznań – Piątkowo  
os. Bolesława Chrobrego 105  
60-681 Poznań**

Wyrażam zgodę na przekazanie dokumentacji:

..... ur. ....  
(imię i nazwisko dziecka / pełnoletniego ucznia\*)

zam. ....,

z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr ..... w .....

do ..... w .....

Moje dziecko jest / jestem\* obecnie uczniem .....  
(nazwa szkoły, oddział, adres)

- Oświadczam, że znam zasady przetwarzania danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 4 Poznań Piątkowo dostępnych na stronie <https://www.ppp4.pl/rodo/>

.....  
(data i podpis rodziców / pełnoletniego ucznia\*)

\*niepotrzebne skreślić

