

.....
(imiona i nazwiska 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/>

Oświadczam, że nie jest mi znany adres zamieszkania: matki/ ojca* dziecka

podpis

.....
(data i podpisy rodziców / pełnoletniego ucznia*)

*niepotrzebne skreślić