

Wniosek o przeprowadzenie badań diagnostycznych

dla ur. W

(imię i nazwisko dziecka/ucznia) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

PESEL dziecka:

zamieszkałego/łej
(miejsce zamieszkania dziecka/ucznia z kodem pocztowym)

syna/ córki*
(imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych dziecka/ucznia)

zamieszkałych tel.
(miejsce zamieszkania rodziców/ opiekunów prawnych dziecka/ucznia) (tel. kontaktowy)

dziecka/ucznia przedszkola/szkoły* klasa.....

uzasadnienie

.....
(podać przyczynę, dla której wnioskuję Pani/Pan o przeprowadzenie badań diagnostycznych)

Czy dziecko/uczeń był/o badane?
(podać datę lub nr opinii/orzeczenia)

Zgodnie z *ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922)* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Skierniewicach.

.....
(miejscowość, data)

.....
(Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych lub pełnoletniego ucznia)

* niepotrzebne skreślić