

.....  
(miejscowość i data)

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Czerwinie**  
ul. Piastowska 23 A, 07-407 Czerwin

**WNIOSEK O KONSULTACJĘ**

Imię/imiona i nazwisko dziecka: .....

Numer PESEL dziecka lub ucznia, a w przypadku braku numeru PESEL- serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość  
dziecka/pelnoletniego ucznia: .....

Data i miejsce urodzenia dziecka lub ucznia: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania: .....

Nazwa i adres szkoły .....

Oznaczenie klasy: ..... oddziału przedszkolnego: .....

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych: .....

Numer telefonu wnioskodawcy: .....

Czy dziecko było diagnozowane w Poradni P-P ? **[TAK / NIE]\***

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRZEPROWADZENIE KONSULTACJI:**

- psychologicznej       pedagogicznej       logopedycznej  
 rehabilitacyjnej       integracji sensorycznej       ocena innych aspektów widzenia

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....

*\*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Czerwinie, ul. Piastowska 23 A, 07-407 Czerwin**, danych osobowych, w tym danych szczególnych kategorii (danych wrażliwych) moich i mojego dziecka zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. U UEL119 z 04.05.2016). Oświadczam, że zapoznałem/lam się z Klauzulą Informacyjną RODO poradni.*

**Wyrażam zgodę [TAK / NIE]\***

*\*Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem, prawnym opiekunem dziecka lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem.*

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)