

**NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA
IM. SEBASTIANA FABIANA KLONOWICA W LUBLINIE**
20-824 Lublin, al. Warszawska 94, tel. 515271440, 81 741 68 11
e-mail: poradnia@klonowic.lublin.pl, www.klonowic.lublin.pl/poradnia

Wniosek/zgoda - diagnoza

.....

.....

(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

Proszę o przeprowadzenie diagnozy.....
naszego syna/córki w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej im. Sebastiana Fabiana
Klonowica w Lublinie, al. Warszawska 94, 20-824 Lublin.

Imię i nazwisko dziecka

ur. w..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zam.

.....

Przedszkole/szkołagr./kl.

Uzasadnienie

.....

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka przez Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną im. Sebastiana Fabiana Klonowica w Lublinie. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia zajęć wskazanych w zgodzie.

.....

(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję: *

- w imieniu obojga rodziców;
- jako rodzic samotnie wychowujący dziecko;
- jako opiekun prawny;
- inne

..... (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* właściwie zaznaczyć stawiając w kratce znak X