PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA
KLONOWIC W LUBLINIE
20-824 Lublin, al. Warszawska 94, tel. 515271440, 81 741 68 11
e-mail: poradnia@klonowic.lublin.pl

Wniosek/zgoda - diagnoza

……

……
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

Proszę o przeprowadzenie diagnozy…….. naszego syna/córki w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Klonowic w Lublinie, al. Warszawska 94, 20-824 Lublin.

Imię i nazwisko dziecka ……...

ur. …….. w…….…… PESEL | | | | | | | | | | |

zam. ……..

……...……...

Przedszkole/szkoła ……gr./kl. ……...

Uzasadnienie ……

…….....

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną Klonowic 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)

* **właściwe zaznaczyć stawiając w kratce znak X**