



KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA/PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ
do Poradnia Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.

Proszę o przeprowadzenie specjalistycznych badań:

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Imiona i nazwiska rodziców:

Imiona i nazwiska prawnych opiekunów:

Miejsce zamieszkania dziecka:

Miejsce zamieszkania rodziców:

Miejsce zamieszkania prawnych opiekunów:

Telefon kontaktowy:

Szkoła/przedszkole:

Klasa:

Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej: TAK // NIE

Powód zgłoszenia:

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

Data:

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Wodzisławiu Śl. ww. danych osobowych do Systemu Informacji Oświatowej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zmianami).

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej)

ZGŁOSZENIE nr **Data:**

Termin badania:

Osoba badająca psycholog/pedagog: