……………………………………

Miejscowość, data

**Wniosek o badanie**

**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świeciu**

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………

**PESEL………………………………………………………………………………………….**

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………….……….

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………...

Szkoła/Przedszkole ……………………………………………………………………………

Klasa ……………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna: Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna

……………………………………………… ……………………………………………

Adres zamieszkania: Adres zamieszkania:

……………………………………………… ……………………………………………

Telefon ……………………………………. Telefon……………………………………

Przyczyna aktualnego zgłoszenia ……………………………………………..……………….

………………………………………………………………………………..………………….

Czy był/a badany/a w poradni…………………………………

Rok …………………………………………………………….

**Wyra**ż**am zgodę/** **nie wyra**ż**am zgody na powiadomienie pedagoga szkolnego o terminie bada**ń **(wła**ś**ciwe podkreślić)**

***Wniosek w sprawie wydania opinii/informacji złoży rodzic lub pełnoletni ucze****ń****,***

***po zapoznaniu si****ę* ***z diagnoz****ą*

**W przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego lub o potrzebie kształcenia specjalnego należy dostarczyć zaświadczenie lekarskie.**

**W przypadku dwukrotnego nie stawienia się na diagnozę w wyznaczonym terminie wniosek nie będzie rozpatrywany.**

* **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu diagnostyczno – terapeutyczno - orzeczniczego dziecka w Poradni Psychologiczno -Pedagogicznej w Świeciu, ul. Klasztorna 2, zgodnie z art. 24 ust 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.**

…………………………………. …………….…………………

Podpis rodziców lub pełnoletniego ucznia