

.....
/nazwiska i imiona rodziców/prawnych opiekunów/

.....
/miejsowość i data/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/telefon kontaktowy/

Zgłoszenie

do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Mławie

(*wypełnia* rodzic lub opiekun prawny dziecka lub pracownik Poradni
przyjmujący zgłoszenie telefoniczne).

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

.....

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Miejsce zamieszkania:

.....

4. Telefon kontaktowy:

5. Nazwa i adres szkoły:

.....

6. Klasa, do której dziecko uczęszcza:

7. Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ?

TAK / NIE, w roku

8. Uzasadnienie

.....

.....

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, a także członków mojej rodziny i moich zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych /Dz.U.Nr 133, poz. 883/

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

W przypadku zgłoszenia telefonicznego:

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej dziecko:
2. Termin konsultacji:

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego zgłoszenie)