



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

ul. Mickiewicza 1

66-440 Skwierzyna

tel./ fax. 95 7170385

e-mail: ppp-skwierzyna@o2.pl

WNIOSEK O OBJĘCIE POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ

Imię i nazwisko dziecka

Imiona rodziców

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy

Nazwa i adres szkoły

..... Klasa

W związku z (właściwe podkreślić):

- a. trudnościami w nauce,
 - b. trudnościami w zachowaniu,
 - c. zaburzeniami rozwojowymi,
 - d. wadami wymowy,
 - e. innymi trudnościami (opisać).....
-
-

Zostałem poinformowany o możliwości dołączenia do wniosku innej dokumentacji dotyczącej dziecka:

- a. zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka
- b. opinię wychowawcy
- c. inne

Czy dziecko było badane w poradni **TAK/NIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojej rodziny przez PPP w Skwierzynie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....

Data

.....
Podpis rodzica (prawnego opiekuna) lub pełnoletniego ucznia