

....., dnia
(miejscowość)

.....
nazwisko, imiona rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia

.....
adres zamieszkania

.....
tel. kontaktowy

**Publiczna Poradnia
Psychologiczno - Pedagogiczna
w Staszowie**

W N I O S E K

Proszę o wydanie pisemnej informacji dotyczącej mojego dziecka / mojej osoby *

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola / szkoły.....

Klasa, do której uczęszcza

- o wynikach badań: psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych *

- o prowadzonej terapii

- innych

Przesłanie informacji do:

przedszkola

szkoły

rodziców

innej instytucji
/nazwa instytucji/

indywidualny odbiór przez rodziców / pełnoletniego ucznia

/niepotrzebne skreślić/*

.....
(podpis wnioskodawcy)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 01 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno - pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U.2013r. Nr 0 poz.199).

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Staszowie, ul. Koszarowa 7.