

.....
(miejscowość, data)

**WNIOSEK RODZICÓW O OBJĘCIU DZIECKA TERAPIĄ W POWIATOWEJ
PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ W PIOTRKOWIE TRYB.**

Proszę o:

Objęcie mojego dziecka zajęciami:

.....
(terapią psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną, socjoterapią, innymi zajęciami o charakterze terapeutycznym)

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania.....

Numer telefonu.....

Imiona rodziców/ prawnych opiekunów.....

Nazwa i adres szkoły (przedszkola), do którego dziecko
uczęszcza.....Klasa.....

Czy dziecko korzystało z pomocy Poradni?.....Jeśli tak podać dokładną datę.....

Uzasadnienie wniosku (opis trudności).....

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

Dziecko nie jest objęte w/w zajęciami poza Poradnią. Zobowiązuje się niezwłocznie
poinformować Poradnię o korzystaniu przez dziecko z takich samych zajęć w innej placówce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-
Pedagogiczną w Piotrkowie Tryb., ul. Sienkiewicza 16 A zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych
osobowych. (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na kontaktowanie się pracowników Poradni ze szkołą/
przedszkolem w sprawach dotyczących mojego dziecka.

Oświadczam, że działam w imieniu własnym oraz w imieniu i za zgodą drugiego
rodzica/opiekuna prawnego.

.....
(podpis rodzica)

*(właściwe podkreślić)