

Imię i nazwisko rodzica /opiekuna

Pyrzyce dn.

.....

Adres zamieszkania

.....

tel. kontaktowy

.....

Dyrektor

Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

w Pyrzycach

Proszę o wykonanie diagnozy rozwoju dziecka, bądź objęcie zajęciami w Zespole działającym przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pyrzycach w ramach wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno- opiekuńczego, rządowego programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” dla Powiatu Pyrzyckiego mojego dziecka:

.....

u. w

Numer PESEL

Proszę swą motywuję tym, że dziecko posiada opinię medyczną (lekarską), wskazującą na potrzebę objęcia dziecka wczesnym wspomaganie rozwoju. Zaświadczenie to dołączam do niniejszego podania.

.....

podpis rodzica /prawnego opiekuna dziecka

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka i członków rodziny dla potrzeb niezbędnych w procesie doradczym, diagnostycznym i terapeutycznym oraz sprawozdawczym, prowadzonym w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pyrzycach ul. Lipiańska 4 , zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.).

.....

podpis rodzica /prawnego opiekuna dziecka