

Białogard, dnia.....

Wypełnia wnioskodawca

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy
.....
adres
.....
telefon kontaktowy

Dyrektor Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie

**Wniosek o objęcie dziecka/ucznia terapią indywidualną lub grupową
pedagogiczną/psychologiczną/logopedyczną/inną ***

**Proszę o objęcie terapią mojego dziecka/podopiecznego* lub pełnoletniego
ucznia***

.....
imię i nazwisko dziecka

Pesel:

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

ur. W
data miejsce urodzenia

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki:

Klasa, grupa:.....

Uzasadnienie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PP-P w Białogardzie na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (TZ.U.UE.L2016.119.1 z dnia 2016.05.04)

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

Wypełnia Poradnia

Od dniaterapię prowadzi.....

.....
Podpis Dyrektora i specjalisty prowadzącego terapię

* właściwe podkreślić