

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:
.....
.....

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
- Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia/słuchacza*

Wypełnia Poradnia

Od dniaterapię prowadzi.....

.....
Podpis Dyrektora i specjalisty prowadzącego terapię

* właściwe podkreślić