Szamotuły, dnia……………….

**WNIOSKUJĄCY**

**/ rodzice/ prawny opiekun/**

**…………………………………………………....…**

/ imię i nazwisko /

**…………………………………………………..…..**

/ adres zamieszkania /

**………………………………………….…….….….**

/telefon komórkowy /

**Do Dyrektora**

**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Szamotułach**

**ZGŁOSZENIE**

**w celu przeprowadzenie badań/terapii, konsultacji:
psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, zawodowych mojego dziecka**

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………

Data urodzenia…………...……………………………………………………………………...

Miejsce urodzenia…………………..…………………………………………………………...

PESEL dziecka…………………………………………………………………………………..

(gdy brak nr PESEL nr i seria dowodu tożsamości dziecka)………………………………………………………..

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………...

Szkoła/ Przedszkole……………………………………… klasa ……………………………...

Zgłaszany problem/uzasadnienie zgłoszenia:

………………………………………………………………………………………...…………

…………………………………………………………………………………………………...

**Do wniosku załączam:**

1. ………………………………………………………….

2. ………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez administratora danych Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno - Pedagogicznych z siedzibą w Szamotułach, ul. B. Chrobrego 8B, w celu realizacji statutowych zadań dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych w placówce.

Dane osobowe przekazuję dobrowolnie i oświadczam, że są zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.).

Data…………………………..… ………………………………………

 podpis rodzica / prawnego opiekuna