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. ………………………………………………………….

3. ………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji mojego wniosku zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

Podstawa prawna: §6 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1743)

Data…………………………..… ………………………………………

 podpis rodzica / prawnego opiekuna