

.....
(miejsowość, data)

W N I O S E K
o umożliwienie uczestnictwa dziecka w terapii/zajęciach
w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pisz

mojego syna/mojej córki/mojego wychowanka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia; PESEL)

.....
(adres zamieszkania, numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(szkoła/placówka, klasa)

Rodzaj terapii/zajęć:

.....
Moje dziecko nie było/było badane w Poradni w roku

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 133, poz. 883) oraz 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.

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/wnioskodawcy)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka/ucznia, zgodnie z art.94 § 1 lub art.98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 682).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)