

## **Zgłoszenie na badania/terapię/konsultację**

Imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia: .....

PESEL .....

Data urodzenia: .....Miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania: .....

Nazwa przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko/pełnoletni uczeń: .....

Oddział przedszkolny/klasa .....

Adres przedszkola/szkoły/placówki: .....

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna:

.....

.....

Adres zamieszkania:

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon kontaktowy: .....

Powód zgłoszenia:.....

.....

.....

.....

Czy dziecko/pełnoletni uczeń był badany w poradni, kiedy? .....

Czy dziecko/pełnoletni uczeń powtarzał klasę, którą? .....

Stan zdrowia dziecka/pełnoletniego ucznia: .....

*Zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/ podopiecznego dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ARKA PRZYSZŁOŚCI w Chełmie .*

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

Załączam:

- wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich
- opinia nauczycieli, wychowawców, specjalistów udzielających pomocy psychologiczno- pedagogicznej w przedszkolu/szkole/placówce
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/pełnoletniego ucznia
- inne dokumenty, jakie? .....

(właściwe zakreślić)