



Dane rodziców/opiekunów

.....
(rodzice, prawni opiekunowie)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

**ZGODA NA BADANIE/KONSULTACJĘ
w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Aleksandrowie Łódzkim**

Dane dziecka:

Nazwisko.....Pierwsze imię..... Drugie imię.....

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania

Szkoła /Przedszkole..... Klasa.....

Cel zgłoszenia (proszę podkreślić):

1. Ogólne trudności w nauce
2. Trudności wychowawcze/emocjonalne
3. Trudności w czytaniu i pisaniu- **w tym przypadku trudności prosimy o:**
 - dostarczenie zeszytów od najwcześniejszego etapu nauki szkolnej (najlepiej z j. Polskiego)
 - przygotowanie dziecka pod kątem powtórzenia i utrwalenia zasad ortograficznych
 - dołączenie opinii nauczyciela polonisty
4. Wada wymowy
5. Inne (jakie).....

Wyrażam zgodę na przekazanie wyników badań mojego dziecka placówce oświatowej w postaci kopii opinii pisemnej **TAK / NIE**

Potwierdzam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i są znane mi informacje kto i w jakim celu przetwarza moje dane oraz jakie przysługują mi w związku z tym prawa.

.....
podpis rodzica/opiekuna

.....
data

.....
potwierdzenie przez
pracownika poradni