



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU
ul. Kościuszki 39
26-700 Zwolen
telefon: 48 676 26 13

poradnia@zwolenpowiat.pl
www.pppzwolen.pl
REGON: 672894758

Zwolen, dnia

WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI*

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO DZIECKA:

.....

Data i miejsce urodzenia:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres szkoły / przedszkola:

Klasa / grupa:

DANE MATKI / OPIEKUNKI PRAWNEJ:

imię i nazwisko:

adres zamieszkania:.....

nr telefonu:.....

DANE OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO:

imię i nazwisko:

adres zamieszkania:.....

nr telefonu:.....

2. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

* właściwe podkreślić

3. Sposób odbioru opinii / informacji*:

a) odbiorę osobiście,

b) proszę o przesłanie na adres;.....

4. Wnioskuje o przekazanie kopii opinii do szkoły / placówki, do której moje dziecko uczęszcza:

Podpis matki / opiekunki prawnej:.....

Podpis ojca / opiekuna prawnego:.....

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni – podpis ucznia:.....

4. Oświadczenia i informacje:

- Oświadczam, że zgadzam się / nie zgadzam się* na konsultowanie się pracowników Poradni ze szkołą / przedszkolem, do którego uczęszcza dziecko.
- Oświadczam, że jestem jedynym rodzicem / prawnym opiekunem mojego dziecka: **TAK / NIE***.
- Drugi rodzic / opiekun prawny został poinformowany i zgadza się na wydanie opinii / informacji: **TAK / NIE***.

.....
data i podpis wnioskodawcy

- Administratorem bazy danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zwoleniu, ul. Kościuszki 39. Dane osobowe klientów nie są udzielane osobom trzecim, z wyjątkiem przypadków uzasadnionych przepisami prawa.
- Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
- Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną.

.....
data i podpis wnioskodawcy

* właściwe podkreślić