



**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 UDZIAŁ W TERAPII**

### **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. Zgłaszam dziecko z powodu (opis występujących trudności):

.....  
.....  
.....

## 3. W związku z powyższym proszę o objęcie dziecka terapią (prosimy zaznaczyć, jaką)\*:

- psychologiczną,
- pedagogiczną,
- logopedyczną indywidualną,
- logopedyczną grupową (logorytmika),
- integracji sensorycznej.

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 prawnym opiekunem mojego dziecka **TAK / NIE\***.
- Drugi rodzic / opiekun prawny został poinformowany i zgadza się na diagnozę / konsultację / terapię dziecka: **TAK / NIE\***.
- Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych do Poradni odpowiadają rodzice / opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do Poradni bez rodziców / opiekunów prawnych, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w drodze do Poradni oraz do domu (po badaniach / terapii). Powrót do domu bez opieki rodziców / opiekunów prawnych jest możliwy za pisemną zgodą rodziców / opiekunów prawnych.

.....  
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/łem 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