 Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Butterfly

ul. Wschodnia 36 D , 87-100 Toruń

 NIP 9562310360, tel. 570 529 775

**ZGŁOSZENIE DZIECKA/UCZNIA DO PORADNI**

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia:

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

Data urodzenia ................................................, miejsce urodzenia ………………………….……….….

PESEL dziecka:………………………………………..…………………………………………………

Adres zamieszkania dziecka/ucznia:

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

Nazwa szkoły/placówki do której uczęszcza dziecko/uczeń:

…………………………………………………………………………………………………….……...

Adres szkoły/placówki do której uczęszcza dziecko/uczeń:

………………………………………………………………………….………………………………...

Klasa/oddział: ………………………………………………………….………………………………...

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych:

……………………………………………………………………………….….………………………..

Adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych:

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

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

Numer telefonu wnioskodawcy:……………………………………………………………….................

Uzasadnienie zgłoszenia (proszę opisać przyczynę zgłoszenia do poradni):

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

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

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

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

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

Czy dziecko było badane w Poradni? (odpowiednie zakreślić) **TAK** **NIE**

1. *Wyrażam zgodę na badania mojego syna/córki, niezbędne w celu przeprowadzenia diagnozy związanej z przyczyną zgłoszenia.*
2. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

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

data i podpis rodziców/opiekunów prawnych lub pełnoletniego ucznia