



NIEPUBLICZNA PORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO PEDAGOGICZNA

**\*WNIOSEK O KONSULTACJE/BADANIE**.....  
dotyczy (imię i nazwisko dziecka).....

Wnioskodawca: (imię i nazwisko).....  
(adres zamieszkania).....  
telefon:.....  
adres e-mail:.....

|                          |  |                            |  |
|--------------------------|--|----------------------------|--|
| Imię i nazwisko dziecka  |  | Adres zamieszkania dziecka |  |
| Data urodzenia(dd-mm-rr) |  | miejsowość                 |  |
| PESEL                    |  | ulica, nr domu             |  |

Zgłaszany problem:

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

Dodatkowe informacje:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), oraz ustawą o systemie informacji oświatowej (Dz. U z 2011r. Nr 139 poz.814 z późn. zm)

.....  
(miejsowość)

.....  
(data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

Wypełnia pracownik Poradni Ortus: Wniosek wpłynął dnia....., (data i podpis pracownika).....

\*Niepotrzebne skreślić