SOLIS RADIUS
RZESZOWSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH I AUTYSTYCZNYCH

NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA SOLIS RADIUS W RZESZOWIE

…… ……..
(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów) (miejscowość, data)

……
(adres zamieszkania)

……
(telefon kontaktowy, adres e - mail)

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
w Niepublicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej SOLIS RADIUS w Rzeszowie

Wnioskuję o przeprowadzenie badania
psychologicznego / pedagogicznego /logopedycznego *

……
(imię i nazwisko ucznia, imiona rodziców)

……
(data i miejsce urodzenia, szkoła/klasa)

PESEL

Powód skierowania:

……

……

Wyrażam / nie wyrażam zgody na poinformowanie przedszkola/ szkoły o wynikach badań*.

Poinformowano mnie o obowiązującej w Poradni procedurze przeprowadzania badań diagnostycznych, w związku z tym oświadczam, że ostatnie badanie psychologiczne mojego dziecka odbyło się (data)

……**w**……

Załączniki:

1……

2……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późn. zm.)

……

*właściwe podkreślić (podpisy rodziców/prawnych opiekunów)