

.....  
(data wpływu)

.....  
(miejscowość, data)

**WNIOSEK RODZICA (prawnego opiekuna)  
do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Łąncucie**

Nazwisko i imię dziecka.....Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia ..... Miejsce zamieszkania.....

PESEL DZIECKA 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imiona i nazwiska rodziców .....telefon .....

Przedszkole/szkoła .....klasa .....

Czy dziecko było już w poradni (kiedy i z jakiego powodu)? .....

Czy dziecko uczęszcza na terapię logopedyczna ( jeśli tak to gdzie)?.....

Wniosuję o przeprowadzenie bezpłatnego przesiewowego badania logopedycznego mojego dziecka pod kątem **diagnozy wady wymowy** w dniu ..... na terenie przedszkola/szkoły.

Wniosuję o wydanie pisemnej informacji o wynikach diagnozy (podkreślić wybrane) **TAK NIE** (jeśli nie to udziela się rodzicowi ustnej informacji w ramach godzin konsultacyjnych po telefonicznym umówieniu się z logopedą diagnozującym).

Wniosuję o przesłanie drugiego egzemplarza informacji o wynikach diagnozy do przedszkola/szkoły (podkreślić wybrane) **TAK NIE** ( jeśli nie to rodzic odbiera swój egzemplarz informacji osobiście w Poradni).

WYRAŻAM ZGODĘ na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Łąncucie jako administratora danych osobowych, zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000).

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej Łąncucie dostępna jest w sekretariacie PPP w Łąncucie, oraz na stronie internetowej poradni: [www.ppplancut.pl](http://www.ppplancut.pl)

.....  
podpis rodzica

.....  
(data wpływu)

.....  
(miejscowość, data)

**WNIOSEK RODZICA (prawnego opiekuna)  
do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Łąncucie**

Nazwisko i imię dziecka.....Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia ..... Miejsce zamieszkania.....

PESEL DZIECKA 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imiona i nazwiska rodziców .....telefon .....

Przedszkole/szkoła .....klasa .....

Czy dziecko było już w poradni (kiedy i z jakiego powodu)? .....

Czy dziecko uczęszcza na terapię logopedyczna ( jeśli tak to gdzie)?.....

Wniosuję o przeprowadzenie bezpłatnego przesiewowego badania logopedycznego mojego dziecka pod kątem **diagnozy wady wymowy** w dniu ..... na terenie przedszkola/szkoły.

Wniosuję o wydanie pisemnej informacji o wynikach diagnozy (podkreślić wybrane) **TAK NIE** (jeśli nie to udziela się rodzicowi ustnej informacji w ramach godzin konsultacyjnych po telefonicznym umówieniu się z logopedą diagnozującym).

Wniosuję o przesłanie drugiego egzemplarza informacji o wynikach diagnozy do przedszkola/szkoły (podkreślić wybrane) **TAK NIE** ( jeśli nie to rodzic odbiera swój egzemplarz informacji osobiście w Poradni).

WYRAŻAM ZGODĘ na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Łąncucie jako administratora danych osobowych, zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000).

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej Łąncucie dostępna jest w sekretariacie PPP w Łąncucie, oraz na stronie internetowej poradni: [www.ppplancut.pl](http://www.ppplancut.pl)

.....  
podpis rodzica