

Wpłynęło dnia.....

.....
(Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów prawnych)

L.dz. ZPO-PPP.....

PORADNIA

Termin realizacji:

PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA

34-600 Limanowa, ul. Zygmunta Augusta 8

tel. 0-18 33 71 737

WNIOSEK O OBJĘCIE TERAPIA

WNIOSKODAWCA

.....
Miejscowość, data

.....
Imiona i nazwiska rodziców / prawnych opiekunów *

.....
Adres zamieszkania rodziców / prawnych opiekunów *

Proszę o objęcie mojego syna/córki *Imię i nazwisko:

PESEL:

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

Data

urodzenia:

..... miejsce ur.:

Adres zamieszkania:

.....
Przedszkole / Szkoła / Placówka (pełna nazwa i adres):

.....
Klasa: rok szkolny:

opis problemu:

☐ terapią logopedyczną ☐ terapią psychologiczną ☐ terapią pedagogiczną

☐ terapią EEG Biofeedback ☐ inną formą terapii, jaką

Czy zgłaszana osoba była pod opieką ☐ logopedy ☐ psychologa ☐ pedagoga

TAK / NIE *

kiedy? przez kogo?

z jakiego powodu?

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nie zgłoszenia się na badanie w wyznaczonym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie realizowany.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101. poz. 926 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Limanowej. Udostępnione dane osobowe można wykorzystać wyłącznie zgodnie z przeznaczeniem, dla którego zostały podane.

.....
podpis ojca / prawnego opiekuna *

* Niepotrzebne skreślić

☐ Właściwe zakreślić

.....
podpis matki / prawnej opiekunki *

