

Sępólno Kraj.,



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
ul. Wojska Polskiego 20
89 - 400 Sępólno Krajeńskie

Imię i nazwisko matki/ojca lub opiekuna prawnego

.....

..... –

Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

Tel. kontaktowy:.....

ZGŁOSZENIE

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia **Miejsce urodzenia**

PESEL

Nazwa i adres szkoły/przedszkola:.....

klasa i profil:

Uzasadnienie zgłoszenia (właściwe należy podkreślić):

1. problemy rozwojowe małego dziecka,
2. wady wymowy,
3. dojrzałość szkolna,
4. trudności w nauce,
5. problemy wychowawcze, rodzinne,
6. wybór szkoły lub zawodu,
7. szczególne uzdolnienia,
8. objęcie dziecka terapią pedagogiczną/psychologiczną/logopedyczną,
9. konsultacja lub porada w sprawie dziecka,
10. terapia rodzinna,
11. inne

Opis zgłaszanych trudności:

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

Dziecko było badane w poradni * (nazwa poradni, rok badania, powód zgłoszenia):

.....
.....

U dziecka stwierdzono: niepełnosprawności sprzężone, niepełnosprawność intelektualną, niepełnosprawność ruchową, niepełnosprawność wzroku, niepełnosprawność słuchu, autyzm (właściwe podkreślić).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji i realizacji procesu diagnostyczno–terapeutyczno–orzeczniczego dziecka w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Sępólnie Kraj., zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

.....
data i podpis zgłaszającego

* w przypadku wcześniejszego badania