

Anna Kowalska

imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego

ul. Przykładowa 1/1, 61-000 Poznań

adres zamieszkania matki (i do korespondencji)

888-888-888

telefon kontaktowy matki

Adam Kowalski

imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

ul. Przykładowa 1/1, 61-000 Poznań

adres zamieszkania ojca (i do korespondencji)

777-777-777

telefon kontaktowy ojca

Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2
ul. 28 Czerwca 1956 r. 296/298
61-469 Poznań

WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI W SPRAWIE

dla

imię (imiona) i nazwisko	Jan Kowalski											
data i miejsce urodzenia	02-02-2011r., Poznań											
nr PESEL	<table border="1"><tr><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	2	1	0	2	0	2	0	0	0	0	nie dotyczy seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)
2	1	0	2	0	2	0	0	0	0			
adres zamieszkania	ul. Przykładowa 1/1, 61-000 Poznań											
nazwa przedszkola/szkoły	Szkoła Podstawowa nr 1000											
adres przedszkola/szkoły	ul. Przykładowa 2/2, 61-000 Poznań	III oddział / klasa / zawód										

POWÓD (zgłaszane trudności):

Trudności w nauce czytania.

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o wynikach badań placówce oświatowej, do której dziecko uczęszcza, jeżeli zaistnieje taka potrzeba: **tak** **nie**

Wyrażam zgodę na odbiór dokumentów przez Adama Kowalskiego

(zaznaczyć) Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości wykorzystania przez osoby prowadzące, w trakcie rozpatrywania wniosku, dokumentacji dotyczącej mojego dziecka będącej w posiadaniu Poradni oraz o możliwości zasięgnięcia opinii nauczycieli placówki, do której uczeń/ dziecko uczęszcza lub wychowawców placówki, w której przebywa.

(zaznaczyć) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, niezbędnych do udzielenia pomocy psychologiczno - pedagogicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

(zaznaczyć) Zostałam/-em poinformowana/-y, że wiadomość o możliwości odbioru opinii zostanie przekazana **w formie sms na nr telefonu podany we wniosku.**

(zaznaczyć) Zapoznałam/em się z ogólną klauzulą informacyjną dotyczącą Ochrony Danych Osobowych w ZPPP2.

Poznań, dn. 20 / 04 / 2020r.

podpisy wnioskodawców*

*Podpis obojga rodziców/ opiekunów prawnych. W przypadku jednego podpisu, będzie to równoznaczne z przyjęciem odpowiedzialności rodzica składającego podpis za decyzję drugiego z rodziców.

Uwaga! Nr dowodu tożsamości wpisujemy tylko i wyłącznie, jeżeli dziecko nie ma nadanego numeru PESEL. W przeciwnym razie pozostawiamy to pole puste

Wskazana osoba musi być pełnoletnia i posiadać przy sobie dokument tożsamości, celem okazania go w sekretariacie.

Bardzo prosimy pamiętać o zaznaczeniu tego punktu.

Wniosek musi zostać wydrukowany i własnoręcznie podpisany