

Poznań, dnia

.....
Imię i nazwisko wyrażającego zgodę

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

Wyrażam zgodę na przekazanie dokumentacji

.....
imię i nazwisko

ur., uczęszcza do
data urodzenia nazwa i adres szkoły, klasa

.....
c.d. nazwa szkoły i adres szkoły, klasa

z Poradni
nazwa, nr lub adres poradni

Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych nr 2 w Poznaniu,
Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna nr 6
do
nazwa, nr lub adres poradni

61-469 Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r. 296/298

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w ZPPP2 w Poznaniu dostępne są na stronie internetowej www.zppp2.pl oraz dostępne są w pomieszczeniach ogólnodostępnych Poradni.

.....
inicjały osoby/osób prowadzących

.....
podpis