

Ciechanów, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
Adres do korespondencji

**Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna
w Ciechanowie**

WNIOSEK¹

o przekazanie kopii opinii do przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza.

1. Imię i nazwisko dziecka/ ucznia:
2. Data urodzenia:
3. Miejsce zamieszkania:
4. Telefon kontaktowy:.....
5. Nazwa i adres przedszkola/ szkoły:
-
6. Klasa, do której dziecko uczęszcza albo oznaczenie oddziału:

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, a także członków mojej rodziny w celu realizacji zadań diagnostyczno – terapeutyczno – doradczych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Ciechanowie.

Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Ciechanowie, ul. Wyzwolenia 10 A. Dane podaję dobrowolnie² oraz mam świadomość przysługującego mi prawa dostępu do moich danych oraz ich poprawiania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Wniosek składa rodzic lub opiekun prawny lub pełnoletni uczeń

² Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni.