|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(imię i nazwisko wnioskodawcy/rodzica)* |  | *(miejscowość, data)* |
| *(numer telefonu)* |  |  |

**Specjalistyczna Poradnia**

**Psychologiczno -Pedagogiczna„TOP”**

**ul. Raszyńska 8/10**

**02-026 Warszawa**

# WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADANIA

|  |
| --- |
| Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie mojemu dziecku: - **badania psychologicznego\*****- badania pedagogicznego\*****- badania logopedycznego\***  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*PESEL dziecka / seria i nr dok. tożsamości* |
|  *(imię/imiona i nazwisko dziecka)* |  |  *(data i miejsce urodzenia dziecka) .* |
|  |
| *(miejsce zamieszkania dziecka: kod pocztowy, miasto, dzielnica, osiedle, ulica, nr domu, nr mieszkania)* |
|  |
| *(nazwa i adres przedszkola /szkoły, klasa)* |
| Badanie potrzebne mi jest w celu: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Do wniosku dołączam dokumenty:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Zobowiązuję się do odebrania opinii w ciągu jednego miesiąca od daty jej wystawienia*

*(prosimy o wcześniejszy kontakt telefoniczny w celu potwierdzenia, że dokument jest gotowy do odbioru).*

|  |
| --- |
|  |
|  *Podpis - rodzica*  *- pełnoletniego wnioskodawcy**- opiekuna prawnego* |

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego dziecka, potrzebnych do realizacji zadań statutowych Poradni (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dn. 10.05.2018 r. Dz. U. z 2018 r. poz.1000).***

|  |
| --- |
|  |
|  *Podpis - rodzica*  *- pełnoletniego wnioskodawcy**- opiekuna prawnego* |

(\*) niepotrzebne skreślić

***W sytuacji zmiany danych osobowych, zobowiązuję się do ich aktualizacji.***

|  |
| --- |
|  |
|  *Podpis - rodzica*  *- pełnoletniego wnioskodawcy**- opiekuna prawnego* |

***Wyrażam zgodę na kontakty telefoniczne i korespondencję drogą e-mailową.***

|  |
| --- |
|  |
|  *Podpis - rodzica*  *- pełnoletniego wnioskodawcy**- opiekuna prawnego* |