

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

**PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
ul. Grota Roweckiego 9E
63 - 900 Rawicz**

**Proszę o przyjęcie syna/ córki na diagnozę logopedyczną
i jeśli zaistnieje taka konieczność objęcie dziecka terapią logopedyczną.**

Imię i nazwisko dziecka PESEL

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Z powodu nieprawidłowej mowy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Rawiczu, w celu udzielenia pomocy psychologiczno – pedagogicznej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000)

.....
(podpis wnioskodawców)

WYPEŁNIA PORADNIA
DATA BADANIA: