

.....  
imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

.....  
miejsce zamieszkania

.....  
telefon

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna  
Bolesławiec ul. Tyrankiewiczów 11

### WNIOSEK

Proszę o wydanie opinii po przeprowadzonej diagnozie w poradni dla:

#### DANE PERSONALNE UCZNIĄ

Numer PESEL

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

1. Imię i nazwisko ucznia .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Miejsce zamieszkania .....
4. Nazwa i adres szkoły .....
- .....
5. Klasa .....

#### Uzasadnienie :

.....  
.....  
.....  
.....

opinię odbiorę osobiście / opinię przesłać do szkoły

\* niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań ustawowych Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych).

Bolesławiec, dnia .....

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia