

Wyrzysk, dn. ....

**Do Dyrektora  
Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile  
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wyrzysku**

.....  
*TELEFON KONTAKTOWY*  
do rodziców/prawnych opiekunów \*

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY**

Zwracam się z *prośbą o objęcie terapią: logopedyczną, pedagogiczną, psychologiczną* \*  
mojego dziecka w związku z:

.....  
.....

**Imię/imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia** (należy wypełnić drukowanymi literami)

.....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**PESEL DZIECKA:** \_ \_ \_ \_ \_

**Adres zamieszkania:** .....

**Nazwa i adres szkoły/przedszkola/ lub placówki \*:**

.....  
.....

**oddział/klasa:** .....

**Imiona i nazwiska rodziców/  
prawnych opiekunów\*** .....

**Miejsce zamieszkania rodziców:  
prawnych opiekunów\*** .....

.....  
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

**OŚWIADCZENIA:**

Zgodnie z wymogami art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. wyrażam \*\* dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji i realizacji procesów diagnostyczno – terapeutyczno – orzecznich osoby zgłaszanej do poradni oraz wydania przez poradnię dokumentów, o które wnioskuję/ będę wnioskować, a także na wykorzystywanie ich do kontaktu ze mną w celach informacyjnych dot. ww. procesów. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z Klauzulą Informacyjną Dotyczącą Ochrony Danych Osobowych obowiązującą w poradni.

**Oświadczam, iż jestem** rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem\*/ prawnym opiekunem dziecka lub ucznia\*/ lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem\*.

.....  
Podpisy wnioskodawców

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Złożone zgodny obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.