

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko i imię rodzica/opiekuna

.....
Adres zamieszkania

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
w Koluszkach
ul. Korczaka 5, 95-040 Koluszki

Proszę o przekazanie dokumentacji mojego syna/córki.....

(imię i nazwisko dziecka)

Urodzona/y dn. w.....,

Zamieszkała/y

Uczeń klasy.....szkoły.....

Do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej:

.....
(nazwa i adres Poradni do której należy przesłać dokumenty)

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....

Podpis rodzica/opiekuna

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych powyżej danych w celu świadczenia usług w zakresie edukacji oraz realizacji zadań Poradni, zgodnie z art. 4 pkt 11 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE 2016: L.119/1)

Podpis rodzica/opiekuna

.....

