

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE PRZESIEWOWYCH BADAŃ

Imię i nazwisko dziecka –.....
Data i miejsce urodzenia dziecka–
PESEL dziecka
Miejsce zamieszkania dziecka –
Nazwa i adres szkoły, klasa-.....
Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych) dziecka–.....
.....
Miejsce zamieszkania rodziców (opiekunów prawnych) dziecka–
.....
Nr telefonu rodziców/ opiekunów prawnych -

Rodzaje badania:

- przesiewowe badanie funkcji percepcyjno-motorycznych
- przesiewowe badanie programem „Słyszę”
- przesiewowe badanie logopedyczne
- przesiewowe badanie wzroku programem „Widzę”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych;

*PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA w LUBARTOWIE z siedzibą w Lubartowie, ul. Słowackiego 7,
tel: 81 855 22 68, mail: sekretariat@poradnialubartow.pl*

*Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,c i art. 9 ust. 2 lit. a.,
Rozporządzenia 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 w celu realizacji zadań ustawowych i świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania,
usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.*

*Oświadczam, że drugi rodzic dziecka/ucznia jest poinformowany o sprawie i nie wnosi sprzeciwu (art.92 §2 Kodeks Rodzinny
i Opiekuńczy).*

.....
Podpisy rodziców

