

.....  
(miejsowość, data)

## Wniosek rodziców / pełnoletniego ucznia o terapię, zajęcia lub konsultacje

1. Nazwisko i imię dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL dziecka.....

Adres zamieszkania: .....

Nazwa i adres szkoły, klasa:.....

2. Imiona i nazwiska rodziców :.....

.....

Miejsce zamieszkania.....

Numer telefonu.....

3. rodzaj terapii:

- terapia logopedyczna
- terapia psychologiczna (indywidualna, rodziny)
- zajęcia korekcyjno – kompensacyjne
- terapia dysleksji
- zajęcia rewalidacyjne
- terapia EEG Biofeedback
- rehabilitacja ruchowa
- zajęcia dla dzieci zdolnych
- warsztaty: „Szkoła dla rodziców i wychowawców”
- konsultacje dla rodziców
- konsultacje dla dyslektyków
- inne.....

Czy dziecko było diagnozowane przez tutejszą poradnię ?

**TAK / NIE**

Czy dziecko uczęszczało na terapię/zajęcia w tutejszej poradni ?

**TAK / NIE**

*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](mailto: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).*

.....  
podpis matki

.....  
podpis ojca