**Wnioskodawca:**  …………………………………….

 /miejscowość i data/

………………………

nazwiska i imiona rodziców /prawnych opiekunów

…………………………

adres zamieszkania

…………………………

telefon kontaktowy

Poradnia

Psychologiczno- Pedagogiczna

w Mławie

# WNIOSEK

# o wydanie opinii psychologiczno-pedagogicznej

Imię i nazwisko dziecka/ucznia ……………………………………………………………..…………………………………

PESEL................................... lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość..............................

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia (adres) ..……….……………………………………………………………………………………….

Szkoła, klasa …………………………………………………………………………………..

Adres szkoły …………………………………………………………………………………..

Uzasadnienie wniosku: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych : - administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, 06-500 Mława, ul. Wyspiańskiego 9, - dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z niniejszego wniosku oraz na podstawie Ustawy

z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 oraz z 2016 r. poz. 35, 64, 195 i 668),

- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, z wyjątkiem upoważnionych na podstawie przepisów prawa, - posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, - podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania może być równoznaczna z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji wniosku (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych)

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, a także członków mojej rodziny o moich zgodnie z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych /Dz.U.Nr 133,poz.883/.

Proszę o przekazanie kopii opinii do szkoły/placówki, do której uczęszcza moje dziecko

TAK / NIE

Podpis ................................................. …………………………………..

(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

Kopię opinii za zgodą rodzica przekazano do szkoły/placówki dnia ……………………………

Czytelny podpis odbiorcy kopii…………………. ………………………………………..

 /czytelny podpis pracownika poradni/

Opinię otrzymałam dnia …………………………

 Podpis ………………………………….

 (czytelny podpis rodzica/opiekuna)