## …………………………… ………………………………

/nazwiska i imiona rodziców/prawnych opiekunów/ /miejscowość i data/

……………………………

/adres zamieszkania/

……………………………

/telefon kontaktowy/

# Zgłoszenie

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mławie

*(* ***wypełnia*** *rodzic lub opiekun prawny dziecka lub pracownik poradni przyjmujący zgłoszenie telefoniczne ).*

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

……………………………………………………………………………...

1. PESEL ………………………… lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia:

……………………………………………………………………………..

1. Miejsce zamieszkania: …………………………………………………

……………………………………………………………………………...

1. Telefon kontaktowy:

….…………………………………………………

1. Nazwa i adres szkoły:

……….…………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………..

1. Klasa, do której dziecko uczęszcza: ……………………………………
2. Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ?

TAK / NIE, w roku ………………………

1. Uzasadnienie ………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

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

Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r.

- 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 i moich zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych /Dz.U.Nr 133, poz. 883/

  *…………………………………*

 *(podpis osoby zgłaszającej)*

***W przypadku zgłoszenia telefonicznego:***

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej dziecko: …………………………
2. Termin konsultacji: ……………………………………………………

*……………………………………………*

*( data i podpis pracownika przyjmującego zgłoszenie)*