

.....
(pieczęć szkoły)

**Do Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej
w Sieradzu ul. Plac Wojewódzki 3
tel. (0-43) 822-42-70 lub 822-05-01 w. 528
e-mail : porped@poczta.onet.pl**

W N I O S E K

o podjęcie czynności diagnostycznych wobec dziecka
urodz. w ucznia kl. szkoły
..... tel.

w celu:

Określenie trudności dziecka:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Określenie pozytywnych stron :

.....
.....
.....

Określenie dotychczas podejmowanych działań:

.....
.....
.....

Opinia o stanie zdrowia dziecka na podstawie dokumentów medycznych

.....
.....

Badanie pierwszorazowe

Badanie kontrolne (podkreślić)

1. Wyrażamy zgodę na poinformowanie szkoły o wynikach badań i ustaleniach dot. pomocy dziecku.

Czytelne podpisy rodziców

2. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka dla potrzeb oświatowych.

Czytelne podpisy rodziców

Data: