

Ruda Śląska, dnia

WNIOSEK

Imię i nazwisko ucznia.....
Data urodzenia
PESEL ucznia
Adres zamieszkania
Imię i nazwisko ojca
Imię i nazwisko matki
Telefon kontaktowy do rodziców
Nazwa szkoły (adres)
Klasa (kierunek).....

Wnioskuje o:

1. Przeprowadzenie badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w kierunku występowania specyficznych trudności w uczeniu się-dysleksji rozwojowej.

UZASADNIENIE

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

2. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie informacji o funkcjonowaniu mojego dziecka w szkole:

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1977 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.)

Podpis rodziców/prawnych opiekunów