

Bydgoszcz, dn.....

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 2
w Bydgoszczy
ul. Gawędy 5; 85-792 Bydgoszcz
tel. 523228032; 697910785**

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY
(dla dyrektora szkoły/przedszkola/placówki)**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Szkoła/Przedszkole/adres.....klasa.....

Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów i adres zamieszkania

.....

.....TELEFON.....

Wniosek zawiera informacje o :

- **rozpoznanych indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, możliwościach psychofizycznych ucznia oraz potencjale rozwojowym ucznia:**
- **występujące trudnościach w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu, szkole i placówce lub szczególnych uzdolnieniach ucznia:**
- **działaniach podjętych przez nauczycieli, wychowawców i specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia, formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej udzielanej uczniowi, okres ich udzielania oraz efekty podjętych działań i udzielanej pomocy:**
- **wnioskach dotyczących dalszych działań mających na celu poprawę funkcjonowania ucznia:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu diagnostycznego dziecka w Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej nr 2 w Bydgoszczy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997, nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na zbadanie mojego dziecka.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
podpis dyrektora