

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA NR 2
85 – 792 BYDGOSZCZ UL. GAWĘDY 5**

www.poradnia.bydgoszcz.pl
tel. 52-322-80-32 fax.52-321-07-61

.....
Imię i nazwisko matki/ojca lub opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

Tel. do kontaktu:.....

ZGŁOSZENIE

Dane dziecka:

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

Nazwa i adres szkoły/przedszkola:

klasa i profil:

Uzasadnienie zgłoszenia (właściwe należy podkreślić) :

1. problemy rozwojowe małego dziecka
2. wady wymowy
3. dojrzałość szkolna
4. trudności w nauce
5. problemy wychowawcze, rodzinne
6. wybór szkoły lub zawodu
7. szczególne uzdolnienia
8. objęcie dziecka terapią pedagogiczną/psychologiczną/logopedyczną
9. konsultacja lub porada w sprawie dziecka
10. terapia rodzinna
11. inne.....

Opis zgłaszanych trudności

.....
.....

Dziecko było badane w poradni *:

(nazwa poradni, rok badania, powód zgłoszenia)

U dziecka stwierdzono: niepełnosprawności sprzężone, niepełnosprawność intelektualną, niepełnosprawność ruchową, niepełnosprawność wzroku, niepełnosprawność słuchu, autyzm (właściwe podkreślić)

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

.....
data i podpis zgłaszającego

* w przypadku wcześniejszego badania w innej poradni psychologiczno – pedagogicznej prosimy o wypełnienie druku „Zgoda na przekazanie dokumentacji”.