

# ZGŁOSZENIE – TERAPIA

## DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO– PEDAGOGICZNEJ W ŁĘCZNEJ

Al. Jana Pawła II 95, 21 – 010 Łęczna, tel. (081) 462-25-89

### 1. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL dziecka .....

Imiona i nazwiska rodziców  
(prawnych opiekunów) .....

Miejsce zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Uczeń/uczennica szkoły/przedszkola .....  
(klasa/grupa)

Adres szkoły (przedszkola) .....

### 2. Uzasadnienie zgłoszenia

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

### 3. Proszę o przyjęcie dziecka na zajęcia terapeutyczne:

- psychologiczne
- pedagogiczne
- logopedyczne
- EEG Biofeedback

### 4. Czy dziecko jest objęte terapią w innej placówce

- tak
- nie

Jeśli tak to gdzie .....

\_\_\_\_\_  
( data )

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica –prawnego opiekuna)

Na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883 z 2015r. poz. 1182, 1662 z 2015r. poz. 1309 art. 7 pkt. 5 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w dokumentacji Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Łęcznej wynikającej z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej Poz. 199 z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych § 19.1.