

Pruszków, dniar.

.....
Imię i nazwisko rodziców (opiekunów prawnych)

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. kontaktowy

Do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w
Pruszkowie

Podanie

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz.883 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej córki/syna

....., ur.....
(Data i miejsce urodzenia)

.....
(Ucznia/uczennicy Nr i adres szkoły)

poprzez przekazanie przez Poradnię Psychologiczno -Pedagogiczną w Pruszkowie dokumentacji badań do
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w

.....
Dla
(nazwisko psychologa)

Podpis: