

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna**

**im. prof. Kazimierza Dąbrowskiego**

**24 – 100 Puławy, ul. Aleja Królewska 19**

**tel./fax. (0-81) 886 – 47 – 96**

**e-mail: poradnia.pulawy@wp.pl**

|  |
| --- |
|  |

**ZGŁOSZENIE NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE**

Imię i nazwisko

ucznia/uczennicy:………………………………………………..………………………………..

Data i miejsce urodzenia:………………………………..………………………………………..

Imiona rodziców:………………………………………………………………………………….

Miejsce zamieszkania:………………………………………….…………………………………

Szkoła/Przedszkole:……………………………kl…………..tel. domowy………………………

Nr **PESEL** dziecka………………………………………………………………………………..

Powód zgłoszenia:………………………………….…………………………………………......

……………………………………………………………..……………………………………...……………………………………………………………………………………………...……..

Czy dziecko korzystało wcześniej z pomocy Poradni?.......................... Kiedy?............................

Z jakiego powodu?..........................................................................................................................

…………………………………………………………………………………..………………...

…………………………………………………………………………….………………………

…………………………

**(Podpis rodzica)**

………………………………………………………..

**(data przyjęcia zgłoszenia, podpis pracownika)**

*Wyrażam zgodę na udostępnienie wyników badań szkole lub innym instytucjom, o ile zaistnieje taka*

*potrzeba, zgodnie z interesem dziecka.****\****

*Wyrażam zgodę na zasięgnięcie opinii o dziecku w jego szkole.****\****

*Nie wyrażam zgody na udostępnienie opinii o dziecku w jego szkole.****\****

*………………………………*

**(Podpis rodzica)**

* **Wniosek rodzic wypełnia po zakończeniu procesu diagnostycznego.**

***verte***

**Wniosek o wydanie opinii**

Po zapoznaniu się z wynikiem badań diagnostycznych mojego syna/córki, wnioskuję o wydanie opinii.

…..………………………………

**(data i podpis rodzica)**

**\* - właściwe zakreślić**