

# ZGŁOSZENIE - TERAPIA

## DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ŁĘCZNEJ

Al. Jana Pawła II 95, 21-010 Łęczna, tel. (81) 4622589, (81) 5315337

W RAMACH PROJEKTU „Za Życiem”

### 1. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL dziecka .....

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

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

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

Adres przedszkola .....

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

- psychologiczne
- pedagogiczne
- logopedyczne
- terapii SI
- fizjoterapii

\_\_\_\_\_  
( 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.