

Warszawa, dnia

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19
ul. Migdałowa 4, Warszawa

Uprzejmie proszę o **wydanie opinii / zaświadczenia / informacji*** o moim dziecku

.....
(imię i nazwisko dziecka)

Nr PESEL

Urodzony w dniu

w

zamieszkanie

.....
uczeń szkoły,

klasa

Uzasadnienie:

.....
Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Poradnię danych osobowych w zakresie niezbędnym do rejestracji i realizacji wniosku, wydania przez poradnię dokumentów, o które wnioskuję/ będę wnioskować, a także na potrzeby kontaktu. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych obowiązującą w poradni.

.....
(czytelny podpis rodzica)

***niepotrzebne skreślić**

Odebrałam/em dn.

.....
(czytelny podpis rodzica)