Data …….

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego dziecka ……

Adres zamieszkania ……..

Telefon kontaktowy ……...

Poradnia
Psychologiczno – Pedagogiczna
w Pasłęku

W N I O S E K O K O N S U L T A C J Ę

psychologiczną / pedagogiczną*

Imię i nazwisko dziecka ……

Data urodzenia dziecka ……..…… PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adres zamieszkania dziecka ……..

Szkoła / Przedszkole ……..

Klasa ……..

Rejon szkoły (jeżeli dziecko nie uczęszcza jeszcze do placówki oświatowej)

……

Czy dziecko było wcześniej badane w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej? …….

Data i miejsce poprzedniego badania (rok, klasa, adres Poradni) …….

……

ZGŁASZANY PROBLEM:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

PODPIS RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO): ……..

* właściwe podkreślić