

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Pasłęku

ul. Bankowa 2/2, 14-400 Pasłęk

Tel. 55 2482432 Fax 55 2481100

www.ppp-paslek.pl e-mail: ppp-paslek1@wp.pl

.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych*)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(e-mail)

ZGODA NA UDZIAŁ UCZNIĄ W ZAJĘCIACH

Wyrażam zgodę na udział córki/syna

.....
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

ur. w PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zam.
(miejsce zamieszkania)

Szkoła/placówka Klasa
(nazwa przedszkola/szkoły/placówki)

w zajęciach.....
(nazwa/rodzaj zajęć)

prowadzonych przez Panią/Pana.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pasłęku w godzinach oddo

W
(podać dzień tygodnia)

Oświadczam, że:

- uczeń był badany w poradni psychologiczno-pedagogicznej: TAK / NIE*
- uczeń objęty jest specjalistyczną opieką medyczną: TAK / NIE*

.....
(jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę wpisać nazwę poradni)

Syn/córka przyjmuje leki: TAK / NIE*

.....
(jeśli odpowiedź jest twierdząca proszę wpisać nazwę leków)

Oświadczam, że nie ma przeszkód prawnych abym występował/a w sprawie dziecka.

Działając na podstawie art. 6 ust 1 lit a oraz art. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) - wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka potrzebnych do realizacji zadań statutowych Poradni.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego*)

.....
(podpis pełnoletniego ucznia)

*) niepotrzebne skreślić