



.....
(imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna)

.....
(imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna)

.....
(adres)

.....
(telefon)

**POWIATOWA PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNA**
59- 225 Chojnów, Plac Zamkowy 2
tel. 76 81 88 564
www.pppp-chojnow.pl

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ logopedycznych *

.....
(PESEL dziecka)

.....ur.
(imię i nazwisko dziecka)

.....W.
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

adres

.....
(miejsce zamieszkania dziecka z kodem pocztowym)

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(imię i nazwisko ojca)

ucznia/uczennicy szkoły

.....
(nazwa i adres z kodem pocztowym przedszkola lub szkoły)

.....klasy.....

Odbiór opinii osobiście w PPPP w Chojnowie* **TAK** **NIE** * Właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez PPPP Chojnów danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych(Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

.....
(podpis osoby odbierającej opinię)

.....
(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna)