

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

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

.....  
dane do kontaktu z rodzicem ( opiekunem prawnym)

**Niepubliczna Poradnia  
Psychologiczno- Pedagogiczna  
"Pomóż Zrozumieć"  
60-214 Poznań  
ul. Wojciecha Bogusławskiego 22/3**

**Zgłoszenie na badanie/konsultację/ terapię**

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia.....  
Data urodzenia .....  
PESEL.....  
Adres zamieszkania .....  
Placówka oświatowa .....

**UZASADNIENIE**

.....  
.....  
.....  
.....

1. Informujemy, że przeprowadzenie diagnozy może wymagać dołączenia dokumentacji medycznej.
2. Informujemy, że dla celów diagnostycznych/ terapeutycznych poradnia może zwrócić się do placówki oświatowej dziecka/ucznia o wydanie opinii o funkcjonowaniu dziecka/ ucznia.

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o wynikach badań placówce oświatowej do której dziecko/ uczeń uczęszcza.

Tak    Nie

Załączona dokumentacja:

1. ....2.  
.....

Poznań dnia.....

Podpis rodzica/ opiekuna .....

**Podpis obojga rodziców/ opiekunów. Podpis jednego rodzica będzie traktowany równoznacznie z przyjęciem odpowiedzialności rodzica składającego podpis. Dane zawarte w karcie "ZGŁOSZENIA" są dobrowolne, potrzebne do przeprowadzenia procedury diagnostyczno- terapeutycznej.**