

.....
(pieczęć poradni)

Wniosek
w sprawie odroczenia rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego
w Zespole Poradni nr 3 – Specjalistyczna Poradnia Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji
w Lublinie

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/
pełnoletniego ucznia

Lublin, dnia.....
miejscowość i data

.....
telefon

Imię/imiiona i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola/ szkoły/ placówki.....

.....Klasa (grupa przedszkolna)

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

.....

UZASADNIENIE WNIOSKU

Do wniosku dołączam dokumentację uzasadniającą wniosek

(wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich, opinie nauczycieli)

.....

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w procesie udzielania specjalistycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej zgodnie z art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119 str. 1).

.....
czytelny podpis wnioskodawcy *

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych Dyrektora Zespołu Poradni nr 3 w Lublinie, ul. Młodej Polski 30, 20-863 Lublin.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy