



Prywatna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bielawie
ul. Wolności 105 | 58-260 Bielawa | nr tel. 74 833 13 77 | www.michalska.pl



.....
data i miejscowość

.....
Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia

.....
Adres zamieszkania rodzica /opiekuna prawnego

.....
Telefon

**Prywatna Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
Mentor w Bielawie**

WNIOSEK O WYDANIE INFORMACJI O WYNIKACH DIAGNOZY

Proszę o wydanie informacji po diagnozie (właściwe podkreślić):

1. psychologicznej
2. pedagogicznej
3. logopedycznej
4. zawodoznawczej

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzeniaPESEL

Adres zam.

Nazwa i adres szkoły/przedszkola, do której dziecko/uczeń uczęszcza.....

.....
Klasa:.....

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na informowanie szkoły o przebiegu działań, udzielonej pomocy, o terminie spotkania (właściwe podkreślić).

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka/ucznia.

Oświadczam, że składam wniosek za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

.....
*(podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia
/za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego)*