

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA NR 4**  
ul. Mińska 1/5, 03-806 Warszawa,   
tel. 22 810 20 29

Warszawa, dnia …………………

………………………………

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

………………………………

adres zamieszkania

………………………………

numer telefon

**Proszę o przeniesienie dokumentów mojego dziecka**

Imię i nazwisko ……………………………………………… data urodzenia ……..……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość

ucznia szkoły / p-la …………………………………………......................................................................

adres zamieszkania ………………………………......................................................................................

z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr 4 w Warszawie, ul. Mińska 1/5, 03-806 Warszawa   
  
do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

( numer i adres Poradni)

dla mgr …………………………………...….. data badania ………………………………….…………

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb związanych z realizacją statutowych zadań Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 (z zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 r. Dz. U. z 2014 r. poz. 1662)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PPP nr 4 w Warszawie.**

……….……….………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego