

**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