

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