

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

Koszalin, dnia.....

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
Centrum Diagnostyczno Rehabilitacyjne
Neuro – Thera – Med
75-846 Koszalin ul. Słowiańska 15

**Wniosek o przeprowadzenie Diagnostyki
pedagogicznej/psychologicznej/logopedycznej/Integracji Sensorycznej***

Proszę o przeprowadzenie diagnostyki u mojego dziecka/podopiecznego*

.....
imię i nazwisko oraz adres zamieszkania dziecka/ podopiecznego

Pesel:

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

ur., W
data miejsce urodzenia

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki do której dziecko uczęszcza:

.....

Klasa, grupa:.....

Uzasadnienia

.....

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej NPPP CDR Neuro- Thera – Med w Koszalinie na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2014, poz.1182, poz.1662 ze zm..)

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna