

.....
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 objęcie dziecka terapią
pedagogiczną/psychologiczną/logopedyczną/biofeedback/Integracji
Sensorycznej***

Proszę o objęcie terapią mojego dziecka/podopiecznego*

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

Pesel:

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

Uf., 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 CDR Neuro- Thera – Med sp.z o.o.w Koszalinie na podstawie Ustawy o ochronie
danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna

Wypełnia Poradnia

Od dniaterapię prowadzi.....

.....
podpis specjalisty CDR Neuro – Thera Med