

Chorzów, dn. ....

## WNIOSEK O WYDANIE INFORMACJI/ZAŚWIADCZENIA

Wniosuję o wydanie informacji/zaświadczenia

(niepotrzebne skreślić):

### Cel uzyskania informacji/zaświadczenia:

.....

### Co ma zawierać informacja/zaświadczenie:

.....

.....

### Sposób odbioru informacji/zaświadczenia:

- osobisty,
- wysyłka pocztą – opłata 10 zł.

Dane dziecka	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Wiek (lat, miesiące)	
Pesel	
Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów	
Nazwa żłobka/przedszkola/szkoły	
Klasa	

	<b>Adres zameldowania</b>	<b>Adres zamieszkania</b> (wpisać, jeśli jest inny niż zameldowania)
Miasto		
Kod pocztowy		
Ulica/numer		

Czy dziecko podlega obowiązkowi szkolnemu (proszę zaznaczyć odpowiednie) :

tak                                       nie                                       odroczone

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną „ALTER” w Białymstoku w celu właściwej organizacji procesu badania dziecka, w tym wystawienia adekwatnej opinii oraz przeprowadzenia ewentualnego procesu terapeutycznego (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych:

.....  
*Imię i nazwisko*

Adres rodziców/opiekunów prawnych.....

Telefon kontaktowy:..... Adres e-mail: .....