

.....
/Imię i nazwisko wnioskodawcy/
.....
/Adres zamieszkania wnioskodawcy/
.....
/Telefon kontaktowy/

Świnoujście

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
ul. Piastowska 54
72-600 Świnoujście**

Wniosek o przekazanie Karty Indywidualnej dziecka

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 lipca 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz.U. Nr 116 poz. 977) podstawa prawna przesyłania dokumentacji § 21 a ust. 1 i 2.

Wyrażam zgodę na przekazanie Karty Indywidualnej z badań mojego dziecka:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Szkoła (przedszkole)

Klasa

z: /nazwa i adres poradni/

.....

do: /nazwa i adres poradni/

.....

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

.....

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. nr 133 poz. 883 oraz z 2000 r. nr 12 poz. 1136 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych poprzez przekazanie karty indywidualnej.

.....
/ Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego/