

Data
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego dziecka
Adres zamieszkania
Telefon kontaktowy

**Poradnia
Psychologiczno – Pedagogiczna
w Pasłęku**

**WNIOSEK O KONSULTACJĘ
psychologiczną / pedagogiczną / logopedyczną***

Imię i nazwisko dziecka
Data urodzenia dziecka PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adres zamieszkania dziecka
Szkoła / Przedszkole
Klasa
Rejon szkoły (jeżeli dziecko nie uczęszcza jeszcze do placówki oświatowej)
.....
Czy dziecko było wcześniej badane w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej?
Data i miejsce poprzedniego badania (rok, klasa, adres Poradni)

ZGŁASZANY PROBLEM:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PODPIS RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO):

* właściwe podkreślić