Lipno, dnia……………………………………..

WNIOSEK

o wydanie ZAŚWIADCZENIA

przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Lipnie

Imię (imiona) i nazwisko dziecka………………………………………………………………..

Data urodzenia……………………………..miejsce urodzenia………………………………....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 PESEL

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………...

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Nazwa i adres szkoły/przedszkola…………………………..........……………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Klasa/oddział…………………………………………………………………………………….

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych………………….......………………………

…………………………………………………………………………………………………...

Określenie celu, do którego niezbędne jest uzyskanie informacji:……………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

Oświadczam, że drugi rodzic/opiekun prawny został poinformowany o złożeniu wniosku o wydanie zaświadczenia i wyraził zgodę.1

 ……………………………………………

 (podpis wnioskodawcy)

Wyrażam/ nie wyrażam\* zgody na kontaktowanie się pracowników poradni ze szkołą/przedszkolem w sprawach dotyczących mojego dziecka.

Zobowiązuję się do odebrania zaświadczenia w sekretariacie poradni.

……………………………………………

 (podpis wnioskodawcy)

1nie dotyczy w przypadku gdy dziecko posiada tylko jednego rodzica/opiekuna prawnego, który ma pełną władzę rodzicielską.

\*niepotrzebne skreślić