

Wniosek o przeprowadzenie badań diagnostycznych

dla ur. W

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

PESEL dziecka:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

zamieszkałego/łej

(miejsce zamieszkania dziecka/ucznia z kodem pocztowym)

syna/ córki¹

(imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych dziecka/ucznia)

zamieszkałych tel.²

(miejsce zamieszkania rodziców/ opiekunów prawnych dziecka/ucznia)

(tel. kontaktowy)

dziecka/ucznia przedszkola/szkoły³ klasa.....

uzasadnienie

(podać przyczynę, dla której wnioskuję Pani/Pan o przeprowadzenie badań diagnostycznych)

Czy dziecko/uczeń był/o badane?

(podać datę lub nr opinii/orzeczenia)

.....
(miejscowość, data)

.....
(Podpis rodzica/ opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)

¹ Niepotrzebne skreślić

² Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy do szybkiego kontaktu Administratora z klientem

³ Niepotrzebne skreślić