

Nowy Sącz, dnia.....

.....  
imiona i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów /pełnoletniego wnioskodawcy

.....  
adres zamieszkania rodziców /prawnych opiekunów/pełnoletniego wnioskodawcy

.....  
telefon kontaktowy

## ZGŁOSZENIE w sprawie

- przeprowadzenia diagnozy: psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej  
(podkreśl właściwe)
- objęcia dziecka terapią: psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną  
(podkreśl właściwe)
- inne.....

Imię i nazwisko dziecka.....  
(pełnoletniego wnioskodawcy)

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego  
jego tożsamość (dziecka, pełnoletniego wnioskodawcy)

.....  
Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki.....

Oznaczenie oddziału/klasy/kierunku.....

Powód zgłoszenia:

.....  
.....

Czy dziecko miało kontakt z poradnią. Jeśli tak, to kiedy i gdzie? (proszę wpisać)

.....

Wyrażam zgodę na kontakt poradni w sprawach dziecka ze szkołą: **Tak** **Nie**  
(podkreśl właściwe)

Załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
(podpis rodzica, opiekuna prawnego, pełnoletniego wnioskodawcy)