

Warszawa, dnia

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19 w miejscu

Uprzejmie proszę o **wydanie opinii** o moim dziecku

.....Nr PESEL

ur. W

zam.

uczeń szkoły....., kl.

Uzasadnienie:

.....

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(czytelny podpis rodzica)

Odebrałam/em dn.

Seria i nr dowodu os.

.....
(czytelny podpis rodzica)

Warszawa, dnia

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19 w miejscu

Uprzejmie proszę o **wydanie opinii** o moim dziecku

.....Nr PESEL

ur. W

zam.

uczeń szkoły....., kl.

Uzasadnienie:

.....

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(czytelny podpis rodzica)

Odebrałam/em dn.

Seria i nr dowodu os.

.....
(czytelny podpis rodzica)