

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Warszawa, dnia .....

Proszę o **przeniesienie dokumentacji badań** psychologicznych mojego dziecka

.....Nr PESEL .....

ur. .... W .....

zam. ....

uczeń szkoły....., kl. ....

z Poradni ..... do Poradni .....

**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/opiekuna prawnego)