



## ZESPÓŁ PORADNI NR 1

20-143 Lublin, ul. Magnoliowa 8, tel./fax (81) 747 35 26

www.zp1.lublin.eu; e-mail: poczta@zp1.lublin.eu

---

.....  
**Imię i nazwisko Wnioskodawcy**

.....  
**Miejscowość i data**

.....  
**Adres zamieszkania**

.....  
**Numer telefonu**

### Wniosek w sprawie

badania psychologicznego, pedagogicznego, logopedycznego

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia**.....

**Data i miejsce urodzenia**.....

**PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Nazwa i adres szkoły (przedszkola)** .....

.....  
**Klasa (grupa przedszkolna)** .....

**Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)** .....

.....  
**Adres zamieszkania rodziców (prawnych opiekunów)** .....

.....  
**Powód skierowania do poradni** .....

.....  
**Załączniki** .....

(informacje o dziecku z przedszkola, szkoły, inne dokumenty)

Oświadczam, że zapoznano mnie z treścią klauzuli informacyjnej nr 1/ZP1/2018 dotyczącej przetwarzania przez Zespół Poradni nr 1 zawartych we wniosku danych osobowych.

Podstawa prawna:

pkt 32, 42, 43 i 171 preambuły, art. 4 pkt 11, art. 5 ust. 1 lit. b, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – Dz.U. UE. L. Z 2016r. Nr 119.

Oświadczam, że drugi rodzic dziecka nie wnosi sprzeciwu wobec mojego wniosku.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**