



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 4 im. Janusza Korczaka w Krakowie

31-814 Kraków, os. Kalinowe 18, tel. : 12 644-18-85, fax: (12) 644-04-74 www.poradnia4.krakow.pl

e-mail: sekretariat@poradnia4.krakow.pl

Filia: 30-001 Kraków, os. Złotego Wieku 36, tel. : 12 647 11 78, fax: 12 647 11 78

e-mail: sekretariat.filial@poradnia4.krakow.pl

Wniosek rodzica / ucznia pełnoletniego / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań:

psychologicznych/pedagogicznych/logopedycznych*

Mojej córce/synowi

Jednocześnie zobowiązuję się (w razie choroby dziecka lub innego zdarzenia losowego) do wcześniejszego powiadomienia Poradni o nie zgłoszeniu się na kolejny ustalony termin.

Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku nie powiadomienia o nieobecności dziecka na badaniach / ćwiczeniach, kolejna wizyta będzie wyznaczona w następnym terminie, który może być odległy.

Wnioskuje o:

- wydanie pisemnej opinii psychologiczno – pedagogicznej / logopedycznej / wyników badań
- przekazanie kopii opinii do przedszkola / szkoły / placówki
- wydanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w Poradni dla potrzeb:.....
.....
.....
- współpracę ze szkołą / placówką w celu określenia niezbędnych do nauki warunków, sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych, w tym wykorzystujących technologie informacyjno – komunikacyjne, odpowiednich do potrzeb ucznia niepełnosprawnego*

.....
Kraków, data

.....
Podpis rodzica / pełnoletniego ucznia /
opiekuna prawnego

.....
Kraków, data

.....
Podpis rodzica / pełnoletniego ucznia /
opiekuna prawnego

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 1 lutego 2013 r., Dz. U. z 2013 r. poz. 199, §5.1, §6.2

* podkreślić właściwe