

.....
Nazwisko, imiona rodziców/opiekunów prawnych

..... dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
nr tel. kontaktowego

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w PZPO w Środzie Śląskiej
ul. Wrocławska 2
55-300 Środa Śląska**

WNIOSEK

o przeprowadzenie badań systemem SAT

Imię i nazwisko dziecka

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres ~~przedszkola~~/szkoły

Oznaczenie ~~grupy~~/klasy

Powód wniosku o przeprowadzenie badań : podejrzenie zaburzeń CAPD (Centralnych Zaburzeń Przetwarzania Słuchowego)

- **Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w przesiewowych badaniach systemem SAT**
- **Upoważniam Poradnię do:**
 1. przetwarzania danych osobowych dotyczących mojego dziecka - zgodnie z ustawą dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. nr 133, poz. 883,
 2. zgromadzenia i przetwarzania dokumentacji szkolnej niezbędnej do dokonania pełnej diagnozy.

.....
czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów