|  |  |
| --- | --- |
|  | **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Nowym Dworze Gdańskim ul. 3-go Maja 6, 82-100 Nowy Dwór Gd. tel./fax 55 247 22 82 e-mail: poradnia@nowydworgdanski.pl** |

Wniosek

**o wydanie informacji o wynikach przeprowadzonej diagnozy**



PESEL DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………………..

Data urodzenia dziecka: ………………………………… Miejsce urodzenia dziecka: …………………………

Miejsce zamieszkania dziecka: ……………………………………………………………………………

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

Wniosek dotyczy diagnozy:

 psychologicznej

 pedagogicznej

 logopedycznej

 innej …………………………………………………………………………………………

Data dokonanej diagnozy (lub rok szkolny): ……………………………………………………………...

Cel wydania pisemnej informacji o wynikach diagnozy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nowy Dwór Gd., dnia………………………. ……………………………………

Czytelny podpis wnioskodawcy