Kamień Pom., dn. ..............................

..........................................................

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.........................................................

Adres zamieszkania wnioskodawcy

.........................................................

Stopień pokrewieństwa z dzieckiem

.........................................................

Telefon kontaktowy wnioskodawcy

#  **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna**

**…………………………………..**

**…………………………………..**

**Wniosek rodzica o przekazanie Karty indywidualnej dziecka**

**( do innej placówki )**

 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 lipca 2009r zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz. U. Nr 116 poz.977) podstawa prawna przesyłania dokumentacji § 21 a ust.1 i 2.

Imię i nazwisko dziecka .............................................................................................................

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

Adres zamieszkania dziecka …...................................................................................................

Imiona i nazwiska rodziców dziecka ..........................................................................................

Adres zamieszkania rodziców .....................................................................................................

Szkoła(przedszkole), do której dziecko uczęszcza.......................................................................

.......................................................................................................................................................

Klasa ...................................

Adres Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej do której ma być przekazana Karta indywidualna dziecka (dokładna nazwa i adres placówki do której ma być przekazana Karta) .....................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

 Oświadczam, że zgodnie z Ustawą 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133 poz.883 oraz z 2000r. nr 12 poz.136 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych poprzez przekazanie karty indywidualnej.

………............................................................

Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna