

.....  
(miejsowość i data)

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy (rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniej osoby\*)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Nr telefonu)

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna  
w Wieruszowie**

## **WNIOSEK O WYDANIE INFORMACJI**

**Wnioskuje o wydanie informacji o wynikach diagnozy przeprowadzonej w poradni,  
w odniesieniu do:**

Imię (imiona) i nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa przedszkola/szkoły/placówki .....

Adres przedszkola/szkoły/ placówki.....

Oznaczenie oddziału do którego uczęszcza dziecko.....

### **Uzasadnienie uzyskania informacji**

.....  
.....

.....  
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna/pełnoletniej osoby\*)

**Deklaruję, że odbioru informacji dokonam w sposób następujący:**

- **Odbiorę osobiście**

.....  
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna/pełnoletniej osoby\*)

- **Proszę o przesłanie informacji na adres domowy**

.....  
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna/pełnoletniej osoby\*)

- **Zgadzam się na przekazanie kopii informacji do przedszkola/ szkoły lub placówki, do której uczęszcza dziecko/pełnoletnia osoba\***

.....  
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna/pełnoletniej osoby\*)

(\*właściwe podkreślić)