Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 2

ELBLĄG 1988

82-300 Elbląg ul. Kosynierów Gdyńskich 30

tel./fax. 55 6258251/ 55 6258253 ~ www.poradnia2elblag.pl ~ ppp2@elblag.eu

Elbląg, dnia……..

……..……
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

……..……
(adres zamieszkania)

……..……
(telefon kontaktowy)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia: ……

Data urodzenia: ……..

Adres zamieszkania: ……..

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZANIE DOKUMENTACJI DZIECKA/UCZNIA

z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr ……..w …….
(miejscowość)

……....
(ulica)

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr ……..w ……...
(miejscowość)

……....
(ulica)

……..
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)