



Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Szansa”  
ul. Wiśniowa 26, 05-830 Nadarzyn  
tel. 690 343 341  
info@npppszansa.pl, www.npppszansa.pl

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko reprezentanta oraz relacje formalne z dzieckiem

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
tel.

\_\_\_\_\_  
mail

**WNIOSEK REPREZENTANTA<sup>1</sup>  
O ŚWIADCZENIE USŁUGI SPECJALISTYCZNEJ DLA DZIECKA  
PRZEZ NIEPUBLICZNĄ PORADNIĘ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ  
„SZANSA”**

Proszę o<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

wykonywane przez \_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko specjalisty

**Wniosek dotyczy dziecka** \_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko dziecka

\_\_\_\_\_  
Data i miejsce urodzenia

\_\_\_\_\_  
Pesel

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
Nazwa i adres placówki (szkoła, przedszkole) oraz klasa lub grupa, do której dziecko uczęszcza

Uzasadnienie wniosku \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data i podpis reprezentanta

<sup>1</sup> Reprezentantem jest rodzic lub prawny opiekun dziecka niepełnoletniego

<sup>2</sup> należy wpisać rodzaj zadania specjalistycznego zgodnie z aktualną ofertą Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Szansa”

Do wniosku załączam:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię w niezbędnym zakresie, zgodnie z przepisami prawa polskiego, w szczególności w zgodzie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych,
2. przesyłanie informacji z Poradni drogą elektroniczną (sms, mail).

\_\_\_\_\_  
data i podpis reprezentanta

Upoważniam następujące osoby do odbierania dziecka<sup>1</sup>:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Oświadczam, że:

1. zapoznałem(a)m się z Regulaminem Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Szansa” i zobowiązuje się do jego przestrzegania
2. opłatę w wysokości \_\_\_\_\_ będę uiszczać w następujący sposób<sup>2</sup>:
  - a) gotówką / przelewem
  - b) przed każdym spotkaniem / za miesiąc z góry

\_\_\_\_\_  
data i podpis pracownika Poradni przyjmującego wniosek

\_\_\_\_\_  
data i podpis reprezentanta

<sup>1</sup> Imię i Nazwisko osoby upoważnionej, Pesel, numer telefonu

<sup>2</sup> niepotrzebne skreślić