

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania - ulica)

.....
(adres zamieszkania – miejscowość, kod pocztowy)

.....
(telefon kontaktowy, ew. dodatkowo adres e-mail)

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 10
ul. Wrzeciono 24,
01-963 Warszawa**

WNIOSEK

Wnioskuje o wydanie kopii dokumentów mojego dziecka:

1. Imię i nazwisko dziecka
2. Data i miejsce urodzenia
3. PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
4. Proszę o kopie następujących dokumentów:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
 - 6)

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 10 w Warszawie, ul. Wrzeciono 24.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Kwituję odbiór dokumentów

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)