

Zielona Góra, dnia.....

**ZGŁOSZENIE NA KONSULTACJĘ, TERAPIĘ  
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ W ZIELONEJ GÓRZE**

.....  
imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów dziecka

.....  
adres zamieszkania rodziców/ prawnych opiekunów dziecka

.....  
imię i nazwisko dziecka

ur. .... w ..... **PESEL** .....

adres zamieszkania .....

.....

..... tel. ....

.....

przedszkole lub szkoła i klasa, do której uczęszcza dziecko

Przyczyny zgłoszenia: .....

.....

.....

.....

.....

Czy dziecko korzystało z pomocy Poradni ? TAK ..... NIE.....

.....

Podpis