



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 9**  
Ul. Radomska 13/21, 02-323 Warszawa  
tel. (022) 822 28 87; tel./fax. (022) 822 07 51  
www.poradnia9.waw.pl

Warszawa, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

tel. kontaktowy .....

Wyrażam zgodę na przekazanie dokumentów :

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(placówka do której uczęszcza dziecko)

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr .....  
(adres)

dla Pani/Pana psycholog .....  
(nazwisko)

Termin wizyty w PPP Nr .....

dnia .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb związanych z realizacją statutowych zadań Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 9 (z zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 r. Dz. U. z 2014 r. poz.1662)

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PPP nr 9 w Warszawie.**

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego