

18-500 Kolno, ul. 11-ego Listopada 1, tel/fax: (0-86) 278-21-81
NIP: 291-00-87-594 REGON: 000833310
e-mail: poradnia.psychologiczna@wp.pl



Kolno, dnia

WNIOSEK

o badanie dziecka w wieku przedszkolnym i młodszego

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa przedszkola/szkoły.....gr. wiekowa.....

Adres przedszkola/szkoły

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

Numer telefonu.....

Czy dziecko było badane w Poradni (podać datę ostatniego badania).....

Czy dziecko ma problemy zdrowotne TAK NIE

(Jakie?)

.....

Z jakich form pomocy i gdzie Pana/Pani dziecko korzystało lub korzysta np.:*

Terapia logopedyczna w:

Inne formy pomocy

.....

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O PRZEPROWADZENIE
BADAŃ MOJEGO DZIECKA W CELU OKREŚLENIA: ***

Dojrzałości szkolnej (wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły, odroczenia obowiązku szkolnego).

Lateralizacji.

Poziomu rozwojowi.

Funkcjonowania społeczno - emocjonalnego.

Problemów z mową i wymową dziecka.

Zaburzeń emocjonalnych.

Innych (jakich?).....

Uzasadnienie wniosku:

.....

W dniu badania należy dostarczyć:

- ksero posiadanej dokumentacji medycznej,

- wytwory dziecka, np. rysunki, karty pracy.

* zaznaczyć właściwe

