

Białystok, .....  
(data)

.....  
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

.....  
Adres zamieszkania rodziców (prawnych opiekunów)

.....  
tel. do kontaktu



## ZGŁOSZENIE

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1  
w Białymstoku, ul. Piotrkowska 2  
tel.: 85 744 53 50

- ☐ o wykonanie badania logopedycznego, konsultację
- ☐ o przyjęcie na terapię logopedyczną

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL/nr dowodu tożsamości .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły/przedszkola ..... kl. ....

Uzasadnienie wniosku .....

.....

.....

Dziecko było badane logopedycznie:

☐ **Tak**

☐ **Nie**

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)