

Karta zgłoszenia – Diagnostyka psychologiczna dzieci i młodzieży



Projekt: „MOC PSYCHOWACHLARZA – Zdrowie psychiczne dzieci i rodzin jako odporność lokalnej społeczności”

Termin realizacji: 1.09–30.11.2025

Organizator: Fundacja Psychowachlarz, ul. Nadbrzeżna 69, 34-100 Wadowice,
kontakt@psychowachlarz.pl, tel. 534 504 008

Dane dziecka

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia:
- Adres zamieszkania:
- Szkoła/placówka:

Dane rodzica/opiekuna prawnego

- Imię i nazwisko:
- Telefon kontaktowy:
- Adres e-mail:

Powód zgłoszenia /obserwowane trudności:

.....
.....
.....

Zgoda

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział dziecka w procesie diagnostycznym w ramach projektu „MOC PSYCHOWACHLARZA”.

Zapoznałem(-am) się z regulaminem udziału i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach organizacyjnych projektu.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego | Data

