

KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA

ŚCZP DiM Pabianice

Data zgłoszenia:

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia dziecka:

Nazwa przedszkola/szkoły, do której uczęszcza dziecko:

.....

Adres przedszkola/szkoły:

Klasa/grupa:

Adres zamieszkania dziecka:

.....

Pesel dziecka:

Telefon dziecka:

Email dziecka:.....

Imię i nazwisko Matki:

Pesel Matki:

Telefon Matki:.....

E-mail Matki:.....

Adres zamieszkania Matki:

ten sam co dziecka

inny:

Imię i nazwisko Ojca:

Pesel Ojca:

Telefon Ojca:

E-mail Ojca:

Adres zamieszkania Ojca:

ten sam co dziecka

inny:

Dziecko posiada orzeczenie z PPP:

TAK NIE

Dziecko posiada Indywidualny Plan Edukacyjno-Terapeutyczny w swojej szkole:

TAK NIE

Dziecko posiada opinię psychologiczno-pedagogiczną:

TAK NIE

Proszę wskazać telefon do potwierdzania i odwoływania wizyt:

.....

.....

Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców