Jastrzębie-Zdrój, dn. ….............................

…........................................................

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

 PoradniaPsychologiczno-Pedagogiczna

…............................................... ul. Wrocławska 12

(adres zamieszkania) 44-335 Jastrzębie-Zdrój

…..................................................................

(telefon kontaktowy )

**WNIOSEK**

o przeprowadzenie badań

psychologicznych/pedagogicznych/logopedycznych/związanych z wyborem szkoły/zawodu\*

Imię i nazwisko dziecka................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ….................................................................................................................

Pesel dziecka 

Imiona i nazwiska rodziców...................................................................................................................

Miejsce zamieszkania dziecka............................................................ telefon …..................................

Przedszkole/szkoła, klasa do której dziecko uczęszcza.........................................................................

…............................................................................................................................................................

**Określenie powodu badania\***

1. Określenie etapu rozwoju mowy, wada wymowy, zaburzenia rozwoju mowy, opóźniony rozwój mowy.
2. Problemy w rozwoju psychomotorycznym małego dziecka.
3. Diagnoza potencjału intelektualnego ucznia, cech osobowości, zainteresowań (wskazana opinia nauczyciela).
4. Problemy w nauce (wskazana: opinia wychowawcy, ksero prac klasowych, zeszyty).
5. Trudności ucznia przybywającego z zagranicy.
6. Trudności w nauce czytania, pisania (wskazana: opinia nauczyciela języka polskiego, pedagoga szkolnego, ksero prac klasowych, zeszyty).
7. Trudności w nauce matematyki (wskazana: opinia wychowawcy i nauczyciela przedmiotu, ksero prac klasowych, zeszyty).
8. Problemy wychowawcze (wskazana opinia nauczycieli o zachowaniu ucznia).
9. Wcześniejsza realizacja obowiązku szkolnego przez dziecko.
10. Odroczenie dziecka od obowiązku szkolnego (wskazana opinia nauczyciela).
11. Diagnoza zawodoznawcza.
12. Ubieganie się o indywidualny program lub toku nauki (wniosek szkoły).
13. W sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (wymagane zaświadczenie lekarskie, opinia nauczycieli).
14. W sprawieprzypadków, w których dopuszczalne jest zatrudnienie młodocianych, którzy ukończyli szkołę podstawową i nie ukończą w danym roku kalendarzowym 15 roku życia.
15. Ubieganie się o objęcie dziecka wczesnym wspomaganiu rozwoju (wymagane zaświadczenie lekarskie).
16. Ubieganie się o objęcie ucznia nauczaniem indywidualnym (wymagane: zaświadczenie lekarskie, opinia szkoły).
17. Ubieganie się o objęcie ucznia kształceniem specjalnym – w szkole ogólnodostępnej/ w szkole/oddziale specjalnym, w szkole/oddziale integracyjnym, w ośrodku szkolno-wychowawczym (wymagane: opinia nauczyciela zawierająca wielospecjalistyczną ocenę funkcjonowania dziecka, zaświadczenie lekarskie).
18. W celu uzyskania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (wskazane zaświadczenie lekarskie).
19. Objęcie ucznia/ uczennicy wsparciem psychologicznym.
20. Przyjęcie ucznia do klasy terapeutycznej
21. Inne ...............................................................................................................................................

 ….......................................................................................................................................................

**Czy dziecko korzysta/ korzystało z pomocy w innej poradni ? Jeśli tak, to gdzie i w jakim okresie ?** ….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czy korzysta z pomocy w szkole/ przedszkolu ? ......................................................................................................

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dziecka/ucznia/rodzica/opiekuna prawnego.

1. Administratorem danych osobowych dzieci/uczniów oraz ich rodziców/opiekunów prawnych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Jastrzębiu-Zdroju (44-335) ul. Wrocławska 12, tel. 324717878, adres e-mail: poczta@ppp.jastrzebie.pl (dalej zwana: Poradnią).
2. Bezpośredni kontakt z inspektorem ochrony danych możliwy jest poprzez e-mail: iodpusz@wp.pl
3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia ogólnego o ochronie danych (RODO w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych Poradni. Poradnia działa w szczególności w oparciu o przepisy ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe oraz wydane na jej podstawie Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych z dnia 1 lutego 2013 r., a także Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z dnia 7 września 2017 r.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie (00-193), ul. Stawki 2 na niezgodne z prawem ich przetwarzanie.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym; ich nieprzekazanie spowoduje niemożność objęcia dziecka/ucznia odpowiednimi formami pomocy.
6. Udostępnienie danych osobowych uczniów może nastąpić wyłącznie w takim zakresie jaki jest wymagany do realizacji zadań nałożonych przepisami prawa na podmioty (organy, instytucje) wnioskujące o udostępnienie danych osobowych dzieci/uczniów lub może być wprost wyrażone w treści przepisu prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane i archiwizowane zgodnie z instrukcją kancelaryjną Poradni.

 …..............................................................

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na konsultacje w sprawie mojego dziecka w szkole/przedszkolu.

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

 (podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem.

 ….......................................................................

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczam, że ojciec/matka/opiekun prawny dziecka...................................................................... został

 (imię i nazwisko drugiego rodzica/opiekuna prawnego)

poinformowany o badaniach w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.[[1]](#footnote-2)

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

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

1. Oświadczenie wypełnia się w przypadku nieobecności drugiego rodzica/prawnego opiekuna (wniosek podpisany przez jednego rodzica/prawnego opiekuna). [↑](#footnote-ref-2)