

Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna



Siedziba: ul. Nowa Kolonia 9, 58 – 320 Walim
Miejsce wykonywania zadań oraz adres korespondencyjny:
58-300 Wałbrzych, al. Wyzwolenia 24 , tel. 74 84 60 563,
www.pppp.walbrzych.pl, e-mail: sekretariat@pppp.walbrzych.pl
NIP: 8862978914 REGON: 022022480

Wałbrzych,.....

ZGODA RODZICA NA PODJĘCIE WSPÓŁPRACY Z PODMIOTEM LECZNICZYM

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r., poz. 59 i 949), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 199) z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2017 r., poz. 1647), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017 r., poz. 1635)

Ja,

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

ur. W.....

oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody¹ na podjęcie przez Zespół Wczesnego Wspomaganie Rozwoju Powiatowej Poradni Psychologiczno Pedagogicznej z siedzibą w Walimiu współpracy z podmiotem leczniczym w celu zdiagnozowania potrzeb dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

wynikających z jego niepełnosprawności, zapewnienia mu wsparcia medyczno-rehabilitacyjnego i zalecanych wyrobów medycznych oraz porad i konsultacji dotyczących wspomaganie rozwoju dziecka

.....
(nazwa i adres niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej do którego należy dziecko)

.....
(imię i nazwisko prowadzącego lekarza-pediatry)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

¹ Niepotrzebne skreślić