

## PESEL DZIECKA

Wpłynęło dnia …………………….…………………..

L.dz. …………………….……………………………….

Odpowiedzialni:

…….………………………………………………..………..

…………………………………………………..……………

Termin realizacji: …………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### ……………………..….………………… ...………………………….………….………..

*telefon kontaktowy e-mail*

*do rodziców/opiekunów prawnych*

**WNIOSEK O UDZIELENIE DZIECKU POMOCY**

# (PSYCHOLOGICZNEJ, PEDAGOGICZNEJ, LOGOPEDYCZNEJ)

**Forma udzielanej pomocy:** (proszę zaznaczyć odpowiedni punkt)

badanie diagnostyczne terapia (jaka?) ……………………………………………………….

## porada, konsultacja (psychologiczna, pedagogiczna, logopedyczna, doradcy zawodowego)\*)

**dla**

### Imię i nazwisko dziecka:

#### ……………………………………………………………………………………………....………………………………………………..……………………..

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

### Miejsce zamieszkania dziecka:

#### ............................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imiona i nazwiska rodziców** | 1. ……………..………………………..………… | 2. ………….…………………………………….. |
| (opiekunów prawnych): | *imię nazwisko matki/opiekunki prawnej* | *imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego* |

**Miejsce zamieszkania rodziców:** …………………………………………..………………………………………………………………………..

(opiekunów prawnych):

**Nazwa przedszkola, szkoły lub placówki**: .…………………………………………………….……………………………..………………..

**Adres placówki**: ……………………………….…………………………………………..………….. **Klasa, oddział**: …………………….……

### Uzasadnienie złożenia wniosku:

#### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Czy dziecko było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej?** TAK/NIE\*

W tutejszej Poradni TAK/NIE\* \*) Właściwe podkreślić.

w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ………..……………………………………………………………………...…...……………

# Wyrażam zgodę \*/ Nie wyrażam zgody\* na informowanie szkoły o przebiegu działań\*, udzielonej pomocy\*, terminie spotkania\* (\*Właściwe podkreślić).

#### Podpis pełnoletniego ucznia Podpisy rodziców/opiekunów prawnych

**/za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego**

#### …………………………………………. 1. ……………………………….. 2. ………………..……………………

#### Data: ……………………………………………………………………..

**Zostałem/łam poinformowany/a, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka albo pełnoletniego ucznia, Poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza, o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów,** o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 2499).

**Oświadczam, że:**

1. Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym cele i sposoby przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.
2. *Zebrane dane osobowe są przetwarzane przez Administratora Danych Osobowych, którym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych. W Poradni powołany jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych z którym można się skontaktować pisząc na adres iod@pppp.walbrzych.pl. Podane dane są przetwarzane w celach niezbędnych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) i e)rozporządzenia RODO w zw. z rozporządzeniem MEN z 01.02.2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym w szczególności do diagnozowania dzieci i młodzieży oraz udzielania bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także realizowania zadań profilaktycznych. Kategorie przetwarzanych danych: dane identyfikujące osobę, dane adresowe i teleadresowe, powód zgłoszenia i uzasadnienie, opinia o dziecku, wyniki przeprowadzonych diagnoz i konsultacji pedagogicznych, psychologicznych, logopedycznych oraz z zakresu doradztwa zawodowego, dane dotyczące dotychczasowego rozwoju dziecka i sytuacji społecznej, dane dotyczące stanu zdrowia dziecka. Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa. Dane mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym je w imieniu Poradni, takim jak dostawcy usług informatycznych – ale wyłącznie w charakterze podwykonawcy. W zakresie przetwarzania danych osobowych przysługują Pani/Panu prawa opisane w przepisach prawa, w tym prawo do żądania sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, a w zakresie jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora – prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, a także wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora znajdziecie Państwo na stronie podmiotowej.*

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie diagnostyczne/poradę, konsultację w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, wniosek nie będzie realizowany.**

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku dwukrotnego niestawienia się na zajęcia w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, zajęcia nie będą kontynuowane**

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

czytelny podpis pełnoletniego ucznia czytelne podpisy rodziców, prawnych opiekunów

**za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/   
 opiekuna prawnego**