

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

Wpłynęło dnia
L.dz.
Odpowiedzialni:
Termin realizacji:

PESEL DZIECKA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
telefon kontaktowy *e-mail*

do rodziców/opiekunów prawnych

WNIOSEK O WYDANIE OPINII W SPRAWIE:

- Zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- Zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Dla:

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania dziecka:.....

Nazwa szkoły/przedszkola/placówki:.....

Klasa:.....

Imiona rodziców/ opiekunów prawnych:.....

Załączniki:

- 1) Dokumentacja określająca trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole;
- 2) W przypadku ucznia obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia – wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (zaświadczenie lekarskie wg. wzoru);
- 3) Opinia nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, o funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole.

(Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 9 sierpnia 2017r., w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r., poz. 1591).)

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.

Dotyczy udziału w zajęciach terapeutycznych:

Zobowiązuję się do zapewnienia obecności dziecka na zajęciach oraz do współpracy z terapeutą* psychologiem* pedagogiem* logopedą)* (*Właściwe podkreślić).

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

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 ust. 2. § 5.1 Rozp. MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradnispecjalistycznych (Dz.U.z 2013 r. poz. 199 oraz Dz.U. z 2017 r. poz.1647)

Niniejszym oświadczam, że:

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego i moich przez pracowników Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej z siedzib Nowa Kolonia 9, 58-320 Walim, miejsce wykonywania zadań ul. Al. Wyzwolenia 24, 58-300 Wałbrzych, w zakresie niezbędnym do udzielenia pomocy dziecku prawidłowego, zgodnie ze statutem Poradni, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko/dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełniania, uaktualniania oraz żądania prostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Wiem również, że zgromadzone dane osobowe mogę przenosić.

Podpisy rodziców*/opiekunów prawnych*/pełnoletniego ucznia*: (*Właściwe podkreślić).

1. 2.

Oświadczenie informacyjne

Potwierdzam, że zapoznałam/łem się z zasadami przetwarzania danych osobowych zapisanych w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowej Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Wałbrzychu.

Podpisy rodziców*/opiekunów prawnych*/pełnoletniego ucznia*: (*Właściwe podkreślić).

1. 2.