

# 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. 748423194, 797984251

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*  
*do rodziców/opiekunów prawnych*

.....  
*e-mail*

## 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).**

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych/pełnoletniego ucznia\*)

\_\_\_\_\_  
/za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego

1. .... 2. ....

Data: .....

**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 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.

**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 poradni specjalistycznych (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/tem 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 mogą przenosić.

.....  
czytelne podpisy rodziców, prawnych opiekunów  
lub pełnoletniego ucznia /za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/  
opiekuna prawnego

**Oświadczenie informacyjne**

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

.....  
czytelne podpisy rodziców, prawnych opiekunów  
lub pełnoletniego ucznia /za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/  
opiekuna prawnego