

Wyrzysk, dn.

**Do Dyrektora
Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wyrzysku**

.....
TELEFON KONTAKTOWY
do rodziców/prawnych opiekunów *

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY

Zwracam się z *prośbą o przeprowadzenie:*

badan: logopedycznego, pedagogicznego, psychologicznego * mojego dziecka w związku z:

.....
.....
.....
porady/konsultacji - psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej * mojego dziecka w związku z:

.....
Imię/imiona i nazwisko dziecka/pelnoletniego ucznia (należy wypełnić drukowanymi literami)

.....
Data i miejsce urodzenia

PESEL DZIECKA: _ _ _ _ _

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres szkoły/przedszkola/ lub placówki *:

.....
.....
oddział/klasa:

**Imiona i nazwiska rodziców/
prawnych opiekunów***

**Miejsce zamieszkania rodziców:
prawnych opiekunów***

Czy dziecko/uczeń/* było/był badany w poradni psychologiczno-pedagogicznej?

- w tutejszej poradni **TAK/NIE*** (w którym roku?).....
- w innej poradni psychologiczno-pedagogicznej (gdzie?)

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* na omówienie wyników badań i wynikających z nich wniosków do pracy z dzieckiem ze szkołą / przedszkolem/ inną placówką oświatową.

Do wniosku dołączam/ nie dołączam* informację o dziecku przygotowaną przez szkołę/ przedszkole.

.....
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)*

Przyjmuję do wiadomości, że poradnia może zwrócić się do szkoły/ przedszkola o informację na temat funkcjonowania mojego dziecka.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku braku możliwości stawienia się w umówionym terminie zobowiązuję się do wcześniejszego powiadomienia poradni.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niezgłoszenia się na badanie diagnostyczne/poradę/konsultację w ustalonym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie zrealizowany.

Przyjmuję do wiadomości, że dziecko zgłasza się na badania pod opieką rodziców/ prawnych opiekunów,, którzy odpowiadają za bezpieczeństwo dzieci na terenie poradni (z wyłączeniem pobytu w gabinecie diagnostycznym).

.....
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

OŚWIADCZENIA:

Zgodnie z wymogami art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. wyrażam ** dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji i realizacji procesów diagnostyczno – terapeutycznych – orzecznicy osoby zgłaszanej do poradni oraz wydania przez poradnię dokumentów, o które wnioskuję/ będę wnioskować, a także na wykorzystywanie ich do kontaktu ze mną w celach informacyjnych dot. ww. procesów. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z Klauzulą Informacyjną Dotyczącą Ochrony Danych Osobowych obowiązującą w poradni.

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

.....
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

* Niepotrzebne skreślić.

** Złożone zgody obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.