



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
w Skierniewicach
ul. Rybickiego 6 tel.: 046 833 28 28, 500 081 263
e-mail: sekretariat@poradnia-skierniewice.pl
www.poradnia-skierniewice.pl

**WNIOSEK
O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
PSYCHOLOGICZNYCH, PEDAGOGICZNYCH, LOGOPEDYCZNYCH, INTEGRACJI SENSORYCZNEJ ***

I DANE DZIECKA/ UCZNIĄ:

IMIĘ																
NAZWISKO																
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		PESEL												
W przypadku braku numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka/ ucznia																
Adres zamieszkania dziecka / ucznia						____-____-____										
		ulica i nr domu				kod pocztowy		miejscowość								
Nazwa, numer i adres szkoły/ przedszkola/ żłobka do której uczęszcza dziecko								klasa								
								oddział								
Stan zdrowia dziecka																
		(wada wzroku, wada słuchu, choroby neurologiczne, choroby przewlekłe, inne)														

II DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

Imię i nazwisko matki/ opiekuna prawnego		Imię i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego	
Telefon kontaktowy matki/ opiekuna prawnego		Telefon kontaktowy ojca/ opiekuna prawnego	
Adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych dziecka / ucznia			
	ulica i nr domu		____-____-____ kod pocztowy
			miejscowość

III UZASADNIENIE WNIOSKU (określenie celu i przyczyny dla której niezbędne jest uzyskanie opinii)*

specyficzne trudności w uczeniu się		zaburzenia zachowania lub emocji	
niepowodzenia edukacyjne		deficyty kompetencji i zaburzenia sprawności językowych	
choroba przewlekła		ocena rozwoju psychoruchowego małego dziecka	
szczególne uzdolnienia		porada zawodowa /kierunek dalszego kształcenia	
sytuacja kryzysowa lub traumatyczna		inne	

IV DODATKOWE INFORMACJE:

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie mojego dziecka z nauczycielami w szkole/ przedszkolu.	tak	nie*
Oświadczam, że moje dziecko było badane w publicznej (niepublicznej) poradni psychologiczno – pedagogicznej lub innej poradni specjalistycznej.	tak	nie*
Zobowiązuję się do pozostania na terenie Poradni w trakcie badań diagnostycznych i terapii mojego dziecka.	tak	nie*
Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka wyrażam zgodę na poinformowanie odpowiednich służb.	tak	nie*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

* właściwe zakreślić

POUCZENIE:

1. Wrażam zgodę na wykorzystanie dokumentacji mojego dziecka zgromadzonej w Karcie Indywidualnej/Teczce Indywidualnej w Poradni oraz na umieszczenie informacji o stanie zdrowia mojego dziecka w opinii. TAK / NIE*

2. Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka lub ucznia zgodnie z art. 94 § 1 lub art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 682). TAK / NIE*

3. Oświadczam, że zgodnie z art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, jestem*:

- rodzicem posiadającym prawa rodzicielskie nad dzieckiem lub uczniem;
- prawnym opiekunem dziecka lub ucznia;
- osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem.

4. Oświadczam, że wniosek składam za wiedzą i zgodą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego:

.....

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

ZALĄCZNIKI DOŁĄCZONE DO WNIOSKU:

- wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich (przeprowadzonych w innych poradniach, ośrodkach, placówkach, gabinetach) *
- opinia nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno - pedagogicznej w przedszkolu, szkole lub placówce*;
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka*;
- opinia nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów zawierająca informację o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka*
- w przypadku ucznia z trudnościami w nauce czytania i pisania - co najmniej 2 sprawdziany ortograficzne ucznia, zeszyty z języka polskiego lub z innych przedmiotów*;
- w przypadku uczniów klas I – III szkół podstawowych - kserokopia ostatniej śródrocznej lub rocznej opisowej oceny klasyfikacyjnej z zajęć edukacyjnych*.
- inne

POUCZENIE:

- Korzystanie z pomocy udzielanej przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Skierniewicach jest dobrowolne i nieodpłatne.
- Na badanie diagnostyczne (psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne, SI) jedno z rodziców ma obowiązek zgłosić się osobiście z niepełnoletnim dzieckiem.
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się z dzieckiem w wyznaczonym terminie (bez wcześniejszego powiadomienia), wniosek nie zostanie rozpatrzony i jest to równoznaczne z rezygnacją z dalszej diagnozy.
- W celu otrzymania opinii po zakończonej diagnozie dziecka w Poradni należy złożyć oddzielny wniosek.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

KLAUZULA INFORMACYJNA – RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Skierniewicach, ul. Rybickiego 6, 96-100 Skierniewice. Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego: dyrektor@poradnia-skierniewice.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota - Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: aleksandra@eduodo.pl lub iod@eduodo.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych integracji sensorycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO, a także na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, a także
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
7. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
 - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
 - b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
 - c) do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
 - d) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
 - e) do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
 - f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
9. Podanie danych wymaganych przepisami jest niezbędne do przeprowadzenia badań. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości ich przeprowadzenia.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)