



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W NOWYM SĄCZU

ul. Broniewskiego 5, 33-300 Nowy Sącz

Tel/fax.(018) 443 86 22, 604 196 628

www.poradnia-nowysacz.pl, e-mail: ppp1ns@wp.pl

.....
miejsowość, data

.....
imiona i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów/pełnoletniego ucznia

.....
adres zamieszkania z kodem pocztowym

.....
telefon

.....
e-mail

.....
Data wpływu wniosku do PPP / nr wniosku

ZGŁOSZENIE W SPRAWIE*
przeprowadzenia diagnozy: psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej

Imię i nazwisko dziecka
(pełnoletniego wnioskodawcy)

Data i miejsce urodzenia

PESEL

(w przypadku braku numeru PESEL seria i numer dokumentu tożsamości)

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

Adres zamieszkania

Nazwa i adres
przedszkola/szkoły/placówki

Oznaczenie oddziału/klasy/kierunku

Powód zgłoszenia*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trudności w opanowaniu programu oddziału rocznego przygotowania przedszkolnego | <input type="checkbox"/> Leworęczność |
| <input type="checkbox"/> Odroczenie obowiązku szkolnego | <input type="checkbox"/> Indywidualizowana ścieżka kształcenia |
| <input type="checkbox"/> Trudności w nauce większości lub wszystkich przedmiotów | <input type="checkbox"/> Trudności w poprawnym czytaniu i pisaniu |
| <input type="checkbox"/> Trudności w nauce matematyki | <input type="checkbox"/> Problemy wychowawcze |
| <input type="checkbox"/> Autyzm | <input type="checkbox"/> Problemy emocjonalne |
| <input type="checkbox"/> Wada słuchu | <input type="checkbox"/> Zaburzenia mowy |
| <input type="checkbox"/> inny..... | <input type="checkbox"/> Wada wzroku |
| | <input type="checkbox"/> Wybór dalszego kierunku kształcenia |

Czy uczeń/dziecko miał(-o) wydawane wcześniej opinie lub orzeczenia? * **TAK NIE**

.....
Jeśli TAK, proszę podać nazwę poradni

Czy uczeń/dziecko wymaga wspomagających metod komunikacji? * **TAK NIE**

.....
Jeśli TAK, proszę podać metody komunikacji dziecka lub poziom znajomości języka polskiego

Czy uczeń/dziecko posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym? * **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na przekazanie kopii opinii/informacji do szkoły / przedszkola / placówki):* **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na kontakt poradni w sprawach dziecka ze szkołą / przedszkolem / placówką:* **TAK NIE**

1. Oświadczam, że sprawuję pełną władzę rodzicielską nad:

.....
imię i nazwisko dziecka/ucznia

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego wnioskodawcy

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na doręczenie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego wnioskodawcy

3. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z informacją o ochronie danych osobowych i sposobie ich przetwarzania obowiązującej w niniejszej Poradni.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego wnioskodawcy

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

INFORMACJA:

Do niniejszego wniosku dołączono Klauzulę Informacyjną o Ochronie Danych Osobowych obowiązujących w tutejszej poradni, która wymaga złożenia oddzielnego podpisu. Klauzula Informacyjna stanowi integralną część wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych, mojego dziecka, których administratorem jest Dyrektor Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej z siedzibą w Nowym Sączu, ul. Broniewskiego 5, 33-300 Nowy Sącz, zgodnie z art. 7 i 9 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Dane te przetwarzane są w celu:

- a) udzielenia pomocy lub porad psychologiczno – pedagogicznych,
 - b) diagnozowania środowiska diagnozowanej osoby,
 - c) organizacji zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, psychoedukacyjnych, terapeutycznych lub związanych z wyborem kierunku kształcenia,
 - d) stosowania w pracy opiekuńczo- wychowawczej odpowiednich metod, mających na celu właściwy rozwój psychofizyczny dziecka.
- Dane, o których mowa w lit. a-d mogą być przetwarzane także po zakończeniu diagnozy i zajęć. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do danych dziecka oraz możliwości ich poprawiania, a także możliwości wycofania niniejszej zgody.*

.....
miejsce, data

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego wnioskodawcy