



powiat  
piłski



Zespół Poradni  
Psychologiczno-Pedagogicznych  
w Pile

NUMER NADANY PRZEZ PORADNIĘ PRZY ZGŁOSZENIU – PSWMiS .....

Piła, dn. ....

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania – ulica, nr domu, nr lokalu )

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

.....  
(telefon, podaję/nie podaję e-mail - do kontaktów)

## Poradnia Specjalistyczna Wad Mowy i Słuchu w Pile

### ZGŁOSZENIE DO PORADNI

Zaznaczyć właściwe znakiem „X” w okienku:

**1. BADANIE DIAGNOSTYCZNE:**

psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne, edukacyjno-zawodowe

**2. PORADA, KONSULTACJA:**

psychologiczna, pedagogiczna, logopedyczna, doradcy zawodowego

Dane dotyczące dziecka/pełnoletniego ucznia:

**Nazwisko** (należy wypełnić drukowanymi literami): .....

**Pierwsze imię:**..... **Drugie imię:** .....

**Data urodzenia:** ..... **Miejsce urodzenia:** .....

(dzień –miesiąc –rok)

**PESEL** | | | | | | | | | |

(w przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Adres zamieszkania:**.....

(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

**Pełna nazwa szkoły/przedszkola:**.....

**Adres szkoły/przedszkola:**.....

(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

**Klasa/oznaczenie oddziału:** .....

Powód zgłoszenia dziecka: .....

.....

.....

.....

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

- w tutejszej Poradni dziecko/uczeń był/nie był (właściwie zaznaczyć znakiem „X” w okienku) - w którym roku?

TAK –  w roku .....

NIE –

- w innej poradni psychologiczno-pedagogicznej

TAK –  gdzie-podać pełną nazwę .....

NIE –

**WYRAŻAM ZGODE** na omówienie wyników badań i wynikających z nich wniosków placówce oświatowej, do której uczęszcza dziecko - właściwie zaznaczyć znakiem „X” w okienku.

TAK –

NIE –

**Do wniosku dołączam** informację o dziecku przygotowaną przez szkołę/przedszkole - właściwie zaznaczyć znakiem „X” w okienku.

TAK –

NIE –

**Przyjmuję do wiadomości**, że Poradnia może zwrócić się do szkoły/przedszkola o informację nt. 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 uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, wniosek nie będzie zrealizowany.

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

### **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, modyfikowanie i przetwarzanie przez Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji i realizacji procesów diagnostyczno – terapeutyczno - konsultacyjno – orzecznich, poradnictwa 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** – właściwie zaznaczyć znakiem „X” w okienku :

- rodzicem/rodzicami
- opiekunem prawnym
- osobą pełnoletnią
- inne.....(proszę opisać)

.....

(podpisy obojga rodziców /prawnych opiekunów/osoby pełnoletniej)

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