



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 zapoznałem/łam się ze Standardami Ochrony Małoletnich przed krzywdzeniem obowiązującymi w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Pile dostępnymi w Placówce oraz na stronie internetowej Placówki.

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.