



Nowy Sącz, dnia

.....
(imiona i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów/pelnoletniego ucznia)

.....
(adres zamieszkania z kodem pocztowym)

tel. e-mail

.....
Data wpływu do PPP i nr zgłoszenia

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

Imię i nazwisko dziecka/ucznia
(pelnoletniego wnioskodawcy)

Data i miejsce urodzenia

PESEL lub seria i numer dok. tożsamości

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

Adres zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka.....

Oznaczenie oddziału/klasy/nazwa zawodu.....

Powód zgłoszenia*:

- Trudności w opanowaniu programu oddziału rocznego przygotowania przedszkolnego
- Odroczenie obowiązku szkolnego
- Trudności w nauce większości lub wszystkich przedmiotów
- Trudności w nauce matematyki
- Autyzm
- Wada Słuchu
- inny.....
- Leworęczność
- Zindywidualizowana ścieżka kształcenia
- Trudności w poprawnym czytaniu i pisaniu
- Problemy wychowawcze
- Problemy emocjonalne
- Zaburzenia mowy
- Wada wzroku
- Wybór dalszego kierunku kształcenia

Czy dziecko/uczeń miał wydawane wcześniej opinie lub orzeczenia* **TAK** **NIE**

.....
(jeśli TAK, proszę podać nazwę poradni)

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

.....
(jeśli TAK, proszę podać metody komunikacji dziecka lub poziom znajomości języka polskiego)

Czy 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 doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

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

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych, mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka/ucznia)....., 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.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego,/pełnoletniego wnioskodawcy)

***proszę podkreślić właściwe**

Załączniki:

1.
2.
3.