



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

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

tel. e-mail

.....
Data wpływu i nr zgłoszenia

ZGŁOSZENIE W SPRAWIE

Terapii (proszę wpisać jakiej).....

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

(pełnoletniego wnioskodawcy)

Data i miejsce urodzenia

PESEL dziecka/ucznia lub seria i numer dokumentu tożsamości

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

Adres zamieszkania.....

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

Oznaczenie oddziału/klas/nazwa zawodu.....

Powód zgłoszenia:

.....

.....

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

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

Czy dziecko posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym?* **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.

.....
(miejscowość, data)

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

***proszę podkreślić właściwe**