Rok szkolny	**Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna** 30-020 Wieliczka, ul. Niepołomska 26 c tel. 12 250 07 73, sekretariat@poradnia-wieliczka.pl

NR ESOP.....

DANE OSOBOWE DZIECKA/ PEŁNOLETNIEGO UCZNIA:

PESEL DZIECKA / PEŁNOLETNIEGO UCZNIA

....., **ur.** ..... **w** .....

imię i nazwisko dziecka/ pełnoletniego ucznia *data urodzenia* *miejsce urodzenia*

zamieszkałego w .....

miejsce zamieszkania dziecka/ pełnoletniego ucznia wraz z ***kodem pocztowym***

.....

imię i nazwisko matki*/prawnej opiekunki - miejsce zamieszkania - telefon kontaktowy*

.....

imię i nazwisko ojca*/prawnego opiekuna - miejsce zamieszkania - telefon kontaktowy*

ucznia/uczennicy klasy ..... **w** .....

nazwa i adres szkoły/przedszkola

Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wieliczce, ul. Niepołomska 26c, 32-020 Wieliczka, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@iods.pl. Podane we wniosku dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzenia badań diagnostycznych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. C, art.9 ust. 2 lit. g RODO) Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się na w naszej siedzibie oraz na stronie www.poradnia-wieliczka.pl

Oświadczam, że drugi rodzic został poinformowany o składanym w dniu dzisiejszym wniosku oraz o wszystkich czynnościach dotyczących ww. dziecka podejmowanych w PPPP Wieliczka.

.....

Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

ZGODA NA KONTAKT Z PLACÓWKĄ OŚWIATOWĄ

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę na kontakt z przedstawicielem placówki oświatowej, do której uczęszcza moje dziecko, w celu pozyskania niezbędnych informacji w procesie diagnozy w tutejszej Poradni.

.....

Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

Rodzic/Opiekun prawny wypełnia podczas składania wniosku

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
(psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, integracji sensorycznej, rehabilitacyjnych, doradztwa zawodowego)

Z powodu .....
.....

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w ustalonym terminie bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, wniosek zostanie wycofany, a ustalone terminy badań anulowane.

.....
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

Wypełnić po wykonanej diagnozie

WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI O WYNIKACH BADAŃ *

W sprawie.....

Uzasadnienie:.....
.....

.....
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI O WYNIKACH BADAŃ *

W sprawie.....

Uzasadnienie:.....
.....

.....
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

WNIOSEK O OBJĘCIE MOJEGO DZIECKA FORMĄ POMOCY *

- ☐ wsparcie emocjonalne
- ☐ porada bez badań.....
  (w sprawie)
- ☐ inną.....
  (jaką)

.....
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

(*niepotrzebne skreślić)