(numer zgłoszenia………….. data ……………………)

.....................................................................................

(imiona i nazwisko rodziców, prawnych opiekunów)

……….........................................................................

 (adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

Telefon kontaktowy ………………………………..

e-mail ........................................................................

**Zgłoszenie dziecka / ucznia\* na konsultację / diagnozę\***

**do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zduńskiej Woli**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.......................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………............

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Adres zamieszkania.........................................................................................................................................

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

Oddział/ klasa ………......................................................................................................................................

Czy dziecko / uczeń było(ł) diagnozowane(y) / konsultowane(y) w poradni, kiedy?

..........................................................................................................................................................................

**Uzasadnienie zgłoszenia *(podkreślić właściwe)*:**

1. problemy rozwojowe małego dziecka

2. dojrzałość szkolna

3. trudności w nauce

4. problemy z zachowaniem, emocjonalne

5. problemy wychowawcze, rodzinne

6. zaburzenia rozwoju mowy

7. szczególne uzdolnienia

8. wybór szkoły lub zawodu

9. inne:..............................................................................................................................................................

W zależności od sprawy, należy dołączyć:

1. Informację nauczycieli, specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej o funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole.
2. W przypadku trudności dyslektycznych – informację nauczyciela polonisty o uczniu.
3. Kserokopię ostatniego świadectwa szkolnego.
4. Dokumentację medyczną, gdy występują problemy zdrowotne.
5. Inną dokumentację np. orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez PZON.

W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka/ucznia, poradnia może zwrócić się do przedszkola/szkoły o opinię wychowawców, nauczycieli, specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej, informując o tym osobę składającą wniosek.

**Wniosek w sprawie wydania opinii/orzeczenia** złoży rodzic/pełnoletni uczeń po przeprowadzonych badaniach diagnostycznych wyjaśniających przyczyny zgłoszonego problemu.

**W celu pogłębienia diagnozy, pomocy oraz udostepnienia informacji o wynikach działań podjętych
w porani wyrażam / nie wyrażam zgody\* na kontakt pracownika poradni w sprawie dziecka/ucznia\*
z przedszkolem / szkołą / lekarzem specjalistą / inną instytucją.\***

Osoba zgłaszająca dziecko jest *(właściwe podkreślić):*

1. matką

2. ojcem

3. prawnym opiekunem *(należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego)*

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest: Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna w Zduńskiej Woli. Z Administratorem można skontaktować się listownie: 98-220 Zduńska Wola ul. Żeromskiego 3 A, e-mailowo: poradnia\_zdwola@wp.pl oraz telefonicznie: **43 823 36 34.**
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi kontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych email: iod.anna.becalik@gmail.com.
3. Państwa dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 lit. c) oraz art. 9 ust 2 lit. g) RODO w celu objęcia specjalistyczną pomocą psychologiczno-pedagogiczną dziecka na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013, poz. 199 z po ź n. zm.).
4. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/ Pan zobowiązana/ zobowiązany do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odstąpienie od realizacji Państwa uprawnień związanych z zapewnieniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej przez Poradnię oraz wydaniem dokumentów będących efektem diagnozowania i innych statutowych form działania Poradni.
5. Przetwarzane dane osobowe mogą być udostępniane innym uprawnionym podmiotom tylko na podstawie odrębnych przepisów prawa.
6. Państwa dane przetwarzane będą przez okres niezbędny do rozpoznania wniosku a następnie przez czas określony w przepisach dotyczących archiwizacji dokumentacji.
7. Przysługuje Państwu prawo do: dostępu do swoich danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie, usunięcia danych osobowych, otrzymania kopii danych podlegających przetwarzaniu; sprostowania nieprawidłowych danych, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Mają Państwo również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
8. Mają Państwo prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją.
9. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
10. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w celach związanych z automatycznym podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że dane podane przeze mnie we wniosku są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo zmienić dane przekazane poradni, a także wycofać zgłoszenie oraz zrezygnować z usług poradni.

 **.............................................................................................**

 czytelny podpis rodzica / pełnoletniego ucznia\*

Zduńska Wola, dnia .........................................

\* właściwe podkreślić