Wysokie Mazowieckie, dnia ………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………..**Imię i nazwisko wnioskodawcy**/rodzic, opiekun prawny, zastępczy/ *właściwe podkreślić*…………………………………………………………..**Adres**…………………………………………………………..**Telefon** | **PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM****18-200 Wysokie Mazowieckie, ul. Mickiewicza 1 B****tel./fax86 275 25 52, tel. kom. 695 998 244****e-mail:** **wmppp@op.pl***administrator danych osobowych* |

**WNIOSEK**

**O DIAGNOZĘ W PORADNI PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ**

 Działając na podstawie przepisów rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 roku
w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych,
w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U., poz. 199 z 2013 r.) **wnoszę o przeprowadzenie badań w sprawie (podkreśl właściwe):**

* ogólnych trudności i niepowodzeń w nauce…………………………………………………………………………….
* specyficznych trudności w nauce (czytanie, pisanie, liczenie)…………………………………………………
* oceny rozwoju małego dziecka (0-6lat)…………………………………………………………………………………….
* trudności wychowawczych, zaburzeń emocjonalnych, nadpobudliwości psychoruchowej, trudnej sytuacji rodzinnej, śmierci bliskiej osoby, myśli samobójczych u dziecka, sytuacji kryzysowej, zaburzenia odżywiania, innych….....………………………………………………………………………
* podejrzenia lub stwierdzonej **niepełnosprawności** (ruchowej, wzrokowej, słuchowej, autyzmu, afazji, niedostosowania społecznego)……………………………………………………………………….
* oceny mowy/wymowy dziecka………………………………………………………………………………………………..
* wyboru kierunku kształcenia i zawodu…………………………………………………………………………………….
* innych (jakich?)………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię / Imiona i nazwisko dziecka/ucznia** …………………………………………………………………………………………….

**Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia** ……………………………………………………………………………………………

**PESEL**

**Adres zamieszkania dziecka/ucznia** ……………………………………………………………………………………...............

 (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

**Imiona i nazwiska rodziców**…………………………..……………………………………………………………………………………

**Szkoła** ……………………………………………………………………………………………………………..… **Klasa** …………………….

(pełna nazwa)

**Adres szkoły** ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

**Czy dziecko/uczeń było/ł diagnozowane/y w poradni ?** **TAK NIE** właściwe podkreślić

Jeśli tak, ewentualnie proszę podać datę ostatniego badania i nr karty indywidualnej…………………………

Zostałem poinformowany o nieodpłatnym i dobrowolnym korzystaniu z pomocy psychologiczno – pedagogicznej świadczonej przez poradnię, a także o tym, że udzielenie dziecku odpowiedniej formy pomocy wskazanej w opinii, a w szczególności pomocy psychologiczno – pedagogicznej w szkole jest dobrowolne.

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu diagnozy, opiniowania, orzecznictwa i obowiązującej statystyki zgodnie z Ustawą z 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59).* ***Podanie danych jest niezbędne do realizacji wniosku, w przypadku niepodania powyższych danych niemożliwa będzie realizacja, wniosek zostanie zwrócony wnioskodawcy.***

*Informuję, iż przysługuje panu/pani prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, częściowego usunięcia,* *wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, ograniczenia przetwarzania i przenoszenia danych,* *wniesienia skargi do organu nadzorczego zgodnie z USTAWĄ z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922)* ora*z Rozporządzeniem 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 nie podlegają udostępnieniu, odbiorcami mogą być tylko instytucje upoważnione z mocy prawa, np. sądy, policja.*

**W załączeniu:** (właściwe podkreślić)

* Informacja szkoły o uczniu (arkusz obserwacyjny ucznia z trudnościami dyslektycznymi, inne opinie nauczycieli, wychowawców),
* Zeszyty szkolne, kopia świadectwa szkolnego ukończenia poprzedniej klasy, ewentualnie wykaz ocen półrocznych, dokumentacja pracy ucznia,
* Dokumentacja medyczna,
* Zaświadczenie o stanie zdrowia w celu ubiegania się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia
* Inne dokumenty (jakie?) ………………………………………………………………………………………………………..

**Deklaracja:**

W przypadku złożenia wniosku i nieskorzystania z pomocy wniosek proszę: (właściwe podkreślić):

* Zniszczyć
* Odłożyć do Karty Indywidualnej dziecka, *dotyczy tylko przypadku posiadania przez poradnię Karty Indywidualnej*

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

*czytelny podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*