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./fax 86 275 25 52, tel. kom. 695 998 244****e-mail:** **wmppp@op.pl**administrator danych osobowych |

**WNIOSEK**

**O WYDANIE OPINII Z BADAŃ / INFORMACJI Z BADAŃ**

(psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, zawodoznawczych)

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

 *(imię i nazwisko dziecka, PESEL)*

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

*szkoła, klasa,*

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

*(imiona i nazwiska rodziców dziecka, adres zamieszkania)*

 *Działając w oparciu o USTAWĘ z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe z dnia 11 stycznia 2017 r. Poz. 59 oraz ustawę o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. z późn. zm, na podstawie przepisów rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych z późn. zm , wnoszę o wydanie opinii w sprawie:* **(właściwe podkreślić)**

* gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole
* odroczenia rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego
* wcześniejszego rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego
* objęcia ucznia pomocą psychologiczno – pedagogiczną w szkole, przedszkolu lub placówce
* specyficznych trudności w uczeniu się (dysleksja, dysortografia, dysgrafia, dyskalkulia)
* dostosowanie wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia o niższych niż przeciętnych możliwościach intelektualnych
* zwolnienia ucznia z wadą słuchu lub głęboką dysleksją rozwojową z nauki drugiego języka obcego \*
* udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki
* przyjęcia do klasy pierwszej szkoły ponadgimnazjalnej ucznia z problemami zdrowotnymi, ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia \*
* przyjęcia ucznia do oddziału przysposabiającego do pracy
* zindywidualizowanej ścieżki kształcenia \*
* inna opinia (deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych, choroby przewlekłej \*, sytuacji kryzysowych lub traumatycznych, szczególnych uzdolnień, niepowodzeń edukacyjnych, zaniedbań środowiskowych, trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub wcześniejszym kształceniem za granicą, objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej \*)
* innych(jakich?) …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Przyczyna, cel i uzasadnienie ubiegania się o opinię…………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Oświadczam, że:** (właściwe podkreślić)

* opinię odbiorę osobiście w uzgodnionym terminie,
* proszę o wysłanie opinii pocztą pod adres ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….., jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych Poczta Polska S.A. Urząd Pocztowy: Jagiellońska 55, 18-200 Wysokie Mazowieckie

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu opiniowania, orzecznictwa
i obowiązującej statystyki, zgodnie z USTAWA 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.*

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

*czytelny podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

W załączeniu: **(właściwe podkreślić)**

* wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich
* opinię nauczycieli, wychowawców lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno – pedagogicznej w szkole/placówce, kopia świadectwa szkolnego ukończenia poprzedniej klasy, ewentualnie wykaz ocen półrocznych,
* zeszyty szkolne, dokumentacja pracy ucznia
* zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka / ucznia
* inne dokumenty (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………………….…………

**WNIOSEK**

Proszę o przekazanie kopii opinii do szkoły, jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych ………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 *pełna nazwa i adres szkoły*

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

*podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

**ZOBOWIĄZANIE**

W celu wydania w/w opinii niezbędne jest przeprowadzenie badań lekarskich pani/pana syna/córki oraz przedstawienie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka do dnia ………………………………….. (*maks. 21 dni roboczych*) W przypadku niedostarczenia zaświadczenia wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

 …………………………………………………………………………………………..

 *podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

**INFORMACJA**

PP-P zwróci się do dyrektora szkoły/placówki, do którego uczęszcza Pani/Pana syn/córka o wydanie informacji/opinii
o problemach dydaktycznych i wychowawczych ucznia. Kopia opinii zostanie Pani/Panu przekazana.

 ………………………………………………………………………………………..

 *podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*