PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA W STRZELCACH OPOLSKICH

 47 – 100 Strzelce Op., ul. B. Chrobrego 5; tel. / fax. 77 461 30 26; sekretariat@ppp.powiatstrzelecki.pl

 Strzelce Op……………………...........................

…………………………………………………………….. Data ……………………………….

 Imię i nazwisko matki, ojca / opiekunów prawnych

……………………………………………………………... Zgłoszenie: osobiste □ telefoniczne □

|  |
| --- |
| Nr PESEL dziecka |
|  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |

 Adres zamieszkania

……………………………………………………………...

 Telefon kontaktowy

……………………………………………………………..

 Nr poprzedniej opinii lub rok ostatniego badania

 PPP.421. .2022.AK

**WNIOSEK RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

 **o udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej mojemu synowi / mojej córce**

**…………………………………………………..urodz.………………………………w………………………………………**

 data urodzenia miejsce urodzenia

**uczniowi klasy ……… szkoły…………………………………………..ukończona SP□ PG□ Powiat Strzelecki ( tak/nie)\***

**Przedszkola ………………………………………………………………………………………...Powiat Strzelecki (tak/nie)\***

**Uzasadnienie wniosku ………………………………………………………………...................................................................**

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

**Czy dziecko/uczeń było badane w innej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej TAK□ NIE□**

**Wnioskuję o następujące formy pomocy:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ Dostosowanie wymagań edukacyjnych  | □ Diagnoza dziecka słabowidzącego |
| □ Rozpoznanie możliwości intelektualnych dziecka | □ Diagnoza dziecka słabosłyszącego |
| □ Diagnoza zaburzeń mowy | □ Wybór szkoły, zawodu, studiów |
| □ Ocena dojrzałości szkolnej | □ Indywidualna konsultacja w celu porady zawodowej |
| □ Odroczenie od obowiązku szkolnego | □ Konsultacja |
| □ Diagnoza dysleksji, dysortografii, dysgrafii, dyskalkulii | □ Zajęcia psychoedukacyjne dla dziecka |
| □ Określenie zaleceń do pracy z dzieckiem | □ Inne (np. diagnoza rehabilitanta, terapia psychologiczna, pedagogiczna, terapia BFB, zajęcia grupowe) |
| □ Diagnoza całościowych zaburzeń rozwojowych |
| **Wyrażam zgodę na konsultację sprawy dziecka z nauczycielem, pedagogiem szkolnym** |
| **Tak** | **Nie** |

 **Zespół diagnostyczny: (ustala Poradnia) terminy wizyt:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wywiad:………………………………………..…………….** | **Logopeda: ………………………………………………..** |
| **Psycholog:……………………………………………………** | **Rehabilitant: ……………………………………………..** |
| **Pedagog:……………………………………………………..** |  |
|  |  |

**Prosimy w ustalonym terminie spotkania przynieść:**

* aktualną dokumentację lekarską (wyniki badań okulistycznych, badań słuchu, neurologicznych, itp.)jeśli takie dziecko posiada
* opinię o sytuacji dydaktycznej i wychowawczej
* prace szkolne dziecka (dyktanda, wypracowania. sprawdziany, zeszyty, ćwiczenia )
* dokumentację /wniosek+ opinia rady pedagogicznej/ dla ucznia szkoły ponadpodstawowej, w przypadku pierwszej diagnozy

 specyficznych trudności w uczeniu się

**Efektem przeprowadzonych badań diagnostycznych może być opinia, o wydanie której należy złożyć wniosek.**

\* Niepotrzebne skreślić

*Oprac. na podst. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania poradni psychologiczno – pedagogicznych , w tym publicznych poradni specjalistycznych –Dz. U. z 2013, poz.199, z poźn. zm.*

*Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych – Dz. U. z 2017r. poz. 1743).*

## Oświadczenie

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Administratora danych osobowych, tj. Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Strzelcach Op. danych osobowych moich, członków mojej rodziny oraz osób pozostających za mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko/dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym, zgodnie z Ustawą z dn. 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2018 poz.1000).*

*Oświadczam, że zostałam/łem pouczony o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełniania, uaktualniania, usunięcia oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, sprzeciwu, ograniczenia przetwarzania.*

*………………………………………………… …………………………………………………………………*

 *przyjmujący wniosek podpis rodziców/opiekunów prawnych*