Żyrardów, dnia .....

WNIOSEK DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ŻYRARDOWIE

Imię (imiona) i nazwisko dziecka lub ucznia .....……..

Data i miejsce urodzenia dziecka lub ucznia .....…...

PESEL/Nr Dokumentu tożsamości .....……

Adres zamieszkania dziecka lub ucznia.....…

Nazwa i adres przedszkola, szkoły, lub ośrodka …….....

.....

.....oddział w szkole/klasa .....

Nazwa zawodu (ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe) .....

Imiona i nazwiska rodziców dziecka lub ucznia .....……

.....

Adres zamieszkania rodziców.....……

.....……...

Adres do korespondencji .....…….

Cel złożenia wniosku: (właściwe podkreślić)

- wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka
- wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania
- wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Przyczyna składania wniosku: ….....

……

Informacja o poprzednio wydanych dla dziecka lub ucznia orzeczeniach lub opiniach – jeżeli takie zostały wydane, wraz ze wskazaniem nazwy poradni (w tym niepubliczne) ……..……

…...……

Informacja o stosowanych metodach komunikacji – w przypadku gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu w stopniu komunikatywnym……..

telefon……..e-mail…….

…….
(podpis wnioskodawcy)

1) Wyrażam zgodę, nie wyrażam zgody na udział w posiedzeniu zespołu głosu doradczego.
2) Wnioskuję, lub wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na udział w posiedzeniu innych osób w szczególności psychologa, pedagoga , logopedy, lekarza lub specjalisty innego niż wymienieni.
……
3) Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem – jeżeli dotyczy.

…….

(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam:

……..

……..

……..

……..

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że:
1) Administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą przy ul. Moniuszki 40, 96-300 Żyrardów;
2) Przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tj. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej, ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe , Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych , w powiązaniu z art. 6 ust. 1 lit c RODO (przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) a także w celach archiwalnych zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
Przekazanie numeru telefonu kontaktowego następuje w wyniku dobrowolnej zgody na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO;
3) dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji;
4) mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody, prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie oraz do usunięcia danych;
5) podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wydania pisemnej opinii / informacji o wynikach diagnozy;
6) w przypadku podejrzenia, że dane moje i mojego dziecka przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa, mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzani danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
7) kontakt do inspektora danych osobowych Poradni: biuro@inbase.pl .
Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.)

Żyrardów, dnia …….

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

…….

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na podanie numeru telefonu/adresu e-mail w celu kontaktu z Poradnią i doręczenia pisma .
Jednocześnie oświadczam, że administrator poinformował mnie, przed wyrażeniem zgody, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, i że wycofanie zgody będzie równie łatwe jak jej wyrażenie.

data czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

……..

* niepotrzebne skreślić