ZGŁOSZENIE – DIAGNOZA
DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ŁĘCZNEJ
Al. Jana Pawła II 95, 21 – 010 Łęczna, tel. 81 5315335, 81 5315337

Imię i nazwisko dziecka ……...

Data i miejsce urodzenia ……....

Pesel dziecka …….

Imiona i nazwiska rodziców ……..... *(prawnych opiekunów)*

Adres zamieszkania ……

Telefon kontaktowy ……

Uczeń/uczennica szkoły/przedszkola ……. *(klasa/grupa)*

Adres szkoły (przedszkola) ……...

Uzasadnienie zgłoszenia:

.....

.....

Proszę o przeprowadzenie diagnozy specjalistycznej (właściwe zaznaczyć):

- *psychologicznej*
- *pedagogicznej*
- *logopedycznej*
- *predyspozycji zawodowych*

4. Jest to diagnoza w poradni:

- *pierwsza*
- *kolejna*

Jeśli kolejna, proszę napisać, gdzie i kiedy była przeprowadzona i dołączyć kserokopię opinii (dotyczy opinii wydanych w innych placówkach).

.....

5. Wyrażam /nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na kontakt przedszkola/szkoły/placówki z poradnią i poradni z przedszkolem/szkołą/placówką, w celu uzyskania informacji niezbędnych do przeprowadzenia diagnozy i udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

6. Do wniosku dołączam następującą dokumentację:

……...
……...

(data) *(podpis rodzica – prawnego opiekuna)*

Oświadczam, że drugi rodzic/opiekun prawny _____
(imię i nazwisk)

został poinformowany i nie wnosi sprzeciwu wobec składanego przeze mnie wniosku.

_____
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Na podstawie Rozporządzenia 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 :

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka przez administratora danych Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Łęcznej z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 95, 21-010 Łęczna w celach diagnostycznych, dydaktycznych, terapeutycznych, orzeczniczych wynikających z nałożonych obowiązków prawnych na administratora danych oraz w celach archiwizacyjnych zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie. Dane osobowe przetwarzane będą w zakresie wymogów Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, 949 i 2203 oraz 2018 r. poz. 650).
- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- Znam treść klauzuli informacyjnej, w tym cele i sposoby przetwarzania danych osobowych oraz prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania oraz możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie.

_____ _____
(data) *(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)*

WYPEŁNIĆ PO DIAGNOZIE

WNIOSKUJĘ O WYDANIE

(*wypełnia rodzic/prawny opiekun po diagnozie)*

- ☐ ***pisemnej opinii po diagnozie,***
- ☐ ***ustnej informacji po diagnozie,***
- ☐ ***inne*_____**

_____ _____
(data) *(podpis rodzica – prawnego opiekuna)*

Potwierdzenie odbioru opinii

Potwierdzam, że w dniu _____odebrałam/em opinię

_____
(imię i nazwisko dziecka)

_____
(podpis rodzica – prawnego opiekuna)