

WNIOSEK

o badanie psychologiczne/pedagogiczne/agogopedyczne/inne (właściwe podkreślić)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia PESEL _ _ _ _ _

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość *

Adres zamieszkania

Przedszkole/szkoła (pełna nazwa i adres)

Grupa/klasa

Czy uczeń był badany w PP-P w Człuchowie ? Czy uczeń był badany w innej PP-P?

Czy uczeń był badany na terenie innych placówek/szkoły Jeśli tak, to proszę wymienić

Czy dziecko jest objęte wczesnym wspomaganie rozwoju ? Jeśli tak, to proszę podać podmiot organizujący zajęcia

* prosimy o wypełnienie w przypadku braku numeru PESEL

Powód zgłoszenia (proszę zaznaczyć/można wybrać więcej, niż jedną możliwość):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nieprawidłowości w rozwoju małego dziecka | <input type="checkbox"/> ocena rozwoju mowy u dziecka |
| <input type="checkbox"/> określenie poziomu rozwoju dziecka | <input type="checkbox"/> przyjęcie dziecka z rocznym wyprzedzeniem do szkoły podstawowej |
| <input type="checkbox"/> ogólne trudności dziecka w nauce | <input type="checkbox"/> odroczenia spełnienia obowiązku szkolnego |
| <input type="checkbox"/> trudności dziecka w czytaniu i pisaniu | <input checked="" type="checkbox"/> <u>uzdolnienia dziecka</u> |
| <input type="checkbox"/> trudności dziecka w matematyce | <input type="checkbox"/> uczeń przybywający z zagranicy |
| <input type="checkbox"/> trudności wychowawcze | <input type="checkbox"/> w sprawie wyboru zawodu |
| <input type="checkbox"/> trudności emocjonalne dziecka | <input type="checkbox"/> ocena procesów przetwarzania sensorycznego |
| <input type="checkbox"/> problemy z koncentracją uwagi u dziecka | |
| <input type="checkbox"/> stan zdrowia dziecka | |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? <i>Zgłoszenie do projektu „Zdolni z Pomorza – Powiat Człuchowski”</i> | |

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie diagnostyczne w uzgodnionym terminie bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, zgłoszenie pozostanie niezrealizowane.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Imię i nazwisko matki/pełnoletniej uczennicy/wnioskodawcy

nr telefonu

Imię i nazwisko ojca/pełnoletniego ucznia/wnioskodawcy

nr telefonu

Dane do korespondencji (imię i nazwisko, adres)

Niniejszym oświadczam, że:

- zgodnie 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 i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych (**imienia i nazwiska, nr telefonu, adresu do korespondencji**) i danych osobowych mojego dziecka oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Człuchowie, 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 jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym;
- podanie Pani/Pana danych jest dobrowolne, lecz ich niewskazanie będzie skutecznie utrudniało komunikację w sprawach bezpośrednio związanych z Państwem dzieckiem;
- zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym administratora odnośnie przetwarzania danych osobowych;

Niniejszym oświadczam, że jestem (właściwe podkreślić):

- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem,
- prawnym opiekunem dziecka,
- osobą (podmiotem) sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem,
- pełnoletnim uczniem – wnioskodawcą.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Podanie danych o stanie zdrowia w postępowaniu diagnostycznym jest dobrowolne, lecz ich niewskazanie będzie skutecznie utrudniało udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dziecku/pełnoletniemu uczniowi.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia mojego dziecka/pełnoletniego ucznia:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Czy u dziecka zdiagnozowano wadę wzroku, słuchu, choroby przewlekłe, autyzm, zespół Aspergera, afazję lub inne? Jeśli tak, proszę wypisać właściwe

Wyrażam zgodę na otrzymywanie komunikatów informacyjnych za pośrednictwem krótkiej wiadomości tekstowej – SMS:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. Korzystanie z pomocy udzielanej przez Poradnię PP-P w Człuchowie jest **dobrowolne i nieodpłatne**.
2. Do wniosku wskazane jest dołączenie aktualnej opinii od nauczyciela oraz (w przypadku posiadania) wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych lub lekarskich.
3. Po złożonym wniosku o diagnozę do Poradni - termin wizyty zostanie ustalony telefonicznie lub w uzasadnionych przypadkach zawiadomienie o terminie badania zostanie przesłane korespondencyjnie.
4. W celu otrzymania opinii po zakończonej diagnozie dziecka w Poradni należy złożyć oddzielny wniosek.
5. **Wnioskodawca ma prawo zmienić dane przekazane Poradni, a także wycofać zgłoszenie oraz zrezygnować z usług Poradni.**

Załączniki (dokumentacja uzasadniająca wniosek, w szczególności wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich, a w przypadku dziecka uczęszczającego do przedszkola, szkoły lub placówki albo pełnoletniego ucznia uczęszczającego do szkoły lub placówki – także opinię nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej przedszkolu, szkole lub placówce):

1.
2.
3.
4.

**WNIOSEK O OPINIĘ PO BADANIACH WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY/WNIOSKODAWCA
PO BADANIU/BADANIACH W OBECNOŚCI PRACOWNIKA PORADNI**

**WNIOSEK
o opinię po badaniach**

w sprawie

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Uzasadnienie składanego wniosku:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informujemy, że w koniecznych przypadkach pracownicy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Człuchowie mogą zasięgać informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka/pełnoletniego ucznia od nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, szkole lub placówce.

(§5. pkt. 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych)

Niniejszym oświadczam, że:

- zgadzam się na otrzymanie zbiorczej opinii po zakończonej diagnozie dziecka/ucznia,
- jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia, lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem (niewłaściwe proszę skreślić). Oświadczam, że nie są mi znane okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni dziecka mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

REZYGNUJĘ Z WYDANIA OPINII PO BADANIACH:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W CZŁUCHOWIE**

Zgodnie z wytycznymi wynikającymi z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27-04-2016 r. - (art. 13) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych i danych osobowych Państwa dziecka/pełnoletniego ucznia jest Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Człuchowie, reprezentowana przez dyrektora placówki.
2. **Dane kontaktowe Administratora:** 77-300 Człuchów, ul. Szczecińska 20, tel. 59 83 411 33 lub 533 456 003, e-mail: poradnia@ppp.czuchow.org.pl
3. Administrator wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych**, z którym można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych w Poradni. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: **adres e-mail: jod@poeksit.czuchow.org.pl**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c), e) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO):
 - pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom, młodzieży, rodzicom i nauczycielom,
 - prawidłowego wykonania obowiązków Poradni w związku z realizowaniem przez nią celów ustawowych i statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci,
 - korzystania z monitoringu wizyjnego na warunkach niezbędnych do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcą danych osobowych Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka są/mogą być: Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Człuchowie, organy nadzoru, podmioty zewnętrzne, którym administrator danych osobowych przekazuje dane w związku z organizacją pracy Poradni, podmioty współpracujące z Poradnią w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zgodnie z obowiązującym prawem - **Ustawa Prawo Oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r. z póź. zm.**, podmioty i organy uprawnione wskazane w przepisach prawa.
6. Ponadto dane osobowe zawarte we wniosku o objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną dziecka/pełnoletniego ucznia przetwarzane będą celem prowadzenia dokumentacji przebiegu nauczania, o której mowa w **Rozporządzeniu MEN z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz. U. z 2017 r. poz. 1646)**.
7. W przypadku, gdy pozyskiwanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, Poradnia jest zobowiązana do ich przetwarzania. Pozyskanie danych osobowych za zgodą jest dobrowolne, ale ich niepodanie może utrudnić udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej wobec Pani/Pana dziecka/pełnoletniego ucznia.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, w ten sam sposób w jaki została wyrażona. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Dane osobowe będą przetwarzane na czas realizacji celów określonych w pkt 4, a następnie przechowywane przez okres zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji obowiązujących w Poradni, w tym zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.
10. Poradnia gwarantuje Pani/Panu dostęp do swoich danych osobowych i danych osobowych Państwa dziecka. Mają Państwo prawo zwrócić się do Poradni z wnioskiem o otrzymanie informacji, czy placówka przetwarza Państwa dane osobowe lub dane osobowe Państwa dziecka, w tym m.in. o celu ich przetwarzania, kategoriach danych osobowych, kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, planowanym okresie przechowywania danych, źródle ich pozyskania.
11. Mają Państwo prawo do otrzymania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu.
12. Mają Państwo prawo do niezwłocznego sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe, w tym do uzupełnienia niekompletnych danych osobowych.
13. Mają Państwo prawo usunięcia danych osobowych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, jeżeli zachodzi okoliczność zgodna z obowiązującym prawem.
14. Poradnia nie przetwarza danych osobowych w sposób zautomatyzowany, w tym na podstawie profilowania.
15. W sytuacji naruszenia w Poradni zasad gwarantujących ochronę danych osobowych, bądź zaistnienia innych okoliczności świadczących o niedostatecznej ochronie danych, mogą Państwo wnieść skargę do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym administratora:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)