

.....  
(data przyjęcia zgłoszenia, pieczęć i podpis)

### ZGŁOSZENIE DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

<b>I. DANE DZIECKA/UCZNI</b>			
Imiona		Nazwisko	
Data i miejsce urodzenia:		Numer PESEL	
Imię, nazwisko ojca/prawnego opiekuna*		Imię, nazwisko matki/prawnej opiekunki*	
Telefon kontaktowy:	Adres email:	Telefon kontaktowy:	Adres email:
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
Kod	Miejscowość	Ulica	Nr domu/lokalu
<b>II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSZKOLA, SZKOŁY, PLACÓWKI, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO/UCZEŃ</b>			
Pełna nazwa placówki:			
Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica			
Grupa wychowawcza (dotyczy tylko przedszkola)		Klasa	
<b>III. CEL ZGŁOSZENIA: *</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. odroczenie rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego</li> <li>2. objęcie ucznia nauką w klasie terapeutycznej</li> <li>3. trudności w nauce czytania i pisania (w tym ortograficzne)</li> <li>4. udzielenie zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki</li> <li>5. ogólne problemy w nauce</li> <li>6. problemy wychowawcze</li> <li>7. ocena rozwoju</li> <li>8. wada wymowy</li> <li>9. wybór kierunku dalszego kształcenia, zawodu</li> <li>10. przyjęcie ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy</li> <li>11. zwolnienie z nauki drugiego języka obcego ucznia z głęboką dysleksją, z wadą słuchu</li> <li>12. przyjęcie do szkoły ponadgimnazjalnej ucznia z problemami zdrowotnymi ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia</li> <li>13. udzielenie zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu</li> <li>14. brak przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych</li> <li>15. konsultacja, porada</li> <li>16. terapia pedagogiczna/psychologiczna/logopedyczna*</li> <li>17. terapia EEG – Biofeedback</li> <li>18. objęcie dziecka zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (nie dotyczy uczniów posiadających podstawy do otrzymania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub posiadających w/w orzeczenie)</li> <li>19. inne dotyczące kształcenia i wychowania określone w odrębnych przepisach</li> </ol>			

**POWIATOWY OŚRODEK ROZWOJU EDUKACJI W JAWORZE**

ul. Piłsudskiego 11, 59-400 Jawor, tel./fax. (76) 729 19 24

<b>IV. ZAŁĄCZONE DOKUMENTY</b>		
Zaświadczenie lekarskie: TAK/NIE*	Opinia wychowawcy: TAK/NIE*	Opinia nauczyciela prowadzącego zajęcia z uczniem: TAK/NIE*
Inne dołączone dokumenty:		
Czy dziecko korzystało z pomocy Poradni? Jakiej?.....		
Rok badania.....		

**Oświadczenia wnioskodawcy**

- 1) **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na kontakt pracowników Poradni ze szkołą/przedszkolem w sprawach dotyczących mojego dziecka.
  - 2) Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych do Poradni w drodze do Poradni i z Poradni do domu odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni.
  - 3) Oświadczam, że podane w zgłoszeniu dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym<sup>1</sup>
- \*) **właściwie zaznaczyć**

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

<b>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celu, w którym jest składany niniejszy wniosek</b>
..... Czytelny podpis wnioskodawcy

**Informacja dla rodzica/opiekuna prawnego zgłaszającego dziecko/ucznia do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jaworze**

1. Na pierwsze badanie rodzic przynosi książeczkę zdrowia dziecka oraz jeśli posiada- aktualną dokumentację medyczną (np. wyniki konsultacji neurologicznych, okulistycznych, wypisy ze szpitala- wtedy, gdy dziecko było leczone),
2. Nie należy przywozić na badanie/wizytę dziecka chorego (leczzonego antybiotykiem, z chorobą zakaźną, nieżytem żołądkowo-jelitowym itp.)
3. Brak możliwości przybycia na wizytę w wyznaczonym terminie należy zgłosić możliwie najwcześniej w sekretariacie Poradni pod nr telefonu (76) 721 19 24 lub osobiście, po czym zostanie wyznaczony kolejny termin.
4. W przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, zgłoszenie nie będzie zrealizowane.
5. Jeśli uczeń nosi okulary, aparat słuchowy przynosi je na każdą wizytę.
6. Uczeń diagnozowany z uwagi na trudności w nauce przynosi ze sobą zeszyty przedmiotowe, kserokopie dyktand, sprawdzianów, zalecone ćwiczenia ortograficzne.
7. W sytuacjach losowych (np. choroba pracownika) Poradni zastrzega sobie możliwość zmiany terminu wizyty.

.....  
Miejscowość, data wypełnienia zgłoszenia  
Czytelny podpis wnioskodawcy:  
rodzica/prawnego opiekuna\*  
(imię i nazwisko)

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 233. § 1. Kodeksu karnego - kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Administratorem danych jest Dyrektor Powiatowego Ośrodka Rozwoju Edukacji w Jaworze ul. Piłsudskiego 11, 59-400 Jawor, tel/fax 767291924. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy pod adresem e-mail: sekretariat@pore-jawor.pl  
Dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) rozporządzenia 2016/679 RODO w celu określonym w niniejszym wniosku zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Wypełnienie powyższego zgłoszenia jest dobrowolne, natomiast jego niewypełnienie uniemożliwi Administratorowi danych osobowych podjęcie działań wynikających z treści zgłoszenia. Dane będą przechowywane przez 25 lat zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt. Informujemy również o przysługującym Państwu prawie do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, a także informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego.