|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer wniosku:………………………… | Numer opinii:…………………………. | Numer teczki:……………………….. |

……………………………………………………… Warszawa, dn. .......................................

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)

…………………………………….

(nr telefonu)

 **Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna nr 22**

 **ul. Malownicza 31 w Warszawie**

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII**

**Dane osoby, której opinia dotyczy:** (Należy wypełnić drukowanymi literami.)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Data i miejsce urodzenia  |  |
| Numer PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nazwa placówki, do której uczęszcza (żłobka/przedszkola/szkoły) |  |
| Adres placówki, do której uczęszcza (żłobka/przedszkola/szkoły) |  |
| Oznaczenie grupy wiekowej w przedszkolu (np. 3-latki) lub klasy szkolnej (np. 1a) |  |

**W sprawie:** (Należy wybrać **jedną** z poniższych spraw i zaznaczyć znakiem ,,x’’ w drugiej kolumnie.)

|  |  |
| --- | --- |
| Odroczenia rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego. |  |
| Wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły. |  |
| Specyficznych trudności w uczeniu się (dysleksja, dysortografii, dysgrafia, dyskalkulia) |  |
| Dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia. |  |
| Objęcia ucznia pomocą psychologiczno- pedagogiczną w przedszkolu, szkole lub placówce oświatowej. |  |
| Objęcia ucznia pomocą psychologiczno- pedagogiczną w przedszkolu, szkole lub placówce oświatowej w formie **zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**. |  |
| Udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki. |  |
| Zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego. |  |
| Objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej. |  |
| Braku przeciwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych. |  |
| Udzielenia zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu. |  |
| Pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadpodstawowej. |  |

**Innych sprawach związanych z kształceniem i wychowaniem dzieci i młodzieży:**

|  |  |
| --- | --- |
| Oceny rozwoju (po badaniach psychologicznych, pedagogicznych).  |  |
| Oceny rozwoju procesów integracji sensorycznej. |  |
| Oceny rozwoju procesów mowy (logopedyczna).  |  |
| Oceny przetwarzania słuchowego; typowych funkcji centralnych (Warnke) |  |
| Inne (jakie?) |  |

Opinia jest mi potrzebna w celu*:........................................................................................................................*

Do wniosku dołączam*:.......................................................................................................................................*

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów.

Oświadczam, że nie są mi znane okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni dziecka mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie.

*................................................................*

 *(czytelny* podpis wnioskodawcy)

**Informacja administratora danych:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej Rozporządzenie) Dz. Urz. UEL nr 119/1:

* + - 1. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczną nr 22 z siedzibą w Warszawie przy ul. Malowniczej 31.
			2. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust 2 lit. g Rozporządzenia w związku z przepisami prawa oświatowego w celu wydania opinii.
			3. Dane osobowe będą udostępnianie odbiorcom upoważnionym tylko na podstawie i w granicach przepisów prawa.
			4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres przeprowadzania procesu diagnostycznego oraz przechowywane w poradni w formie elektronicznej i dokumentacji tradycyjnej tj. w indywidualnej teczce pacjenta, przez okres określony w instrukcji kancelaryjnej, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.
			5. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści podanych danych osobowych oraz ich sprostowania zgodnie z art. 15-17 Rozporządzenia.
			6. Osobie podającej dane osobowe przysługuje prawo wniesienia skargi do: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
			7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niepodjęcie działań przez poradnię w zakresie przeprowadzenia badań diagnostycznych i wydania stosownych dokumentów*.*

Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w siedzibie poradni.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją. ….………………………………………………

 *(czytelny* podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody\* na udostępnienie wyników badań diagnostycznych szkole/placówce oświatowej lub innej instytucji w zależności od zaistniałej potrzeby zgodnie z interesem dziecka.

 ………………………………………….

\*właściwepodkreślić *(czytelny* podpis wnioskodawcy)