*……………….............................*

 *(miejscowość, data)*

*………………………………………………*

 */imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/*

*………………………………………………*

 */ numery telefonów kontaktowych/*

**Wniosek o objęcie zajęciami specjalistycznymi**

Zwracam się z prośbą o objęcie zajęciami specjalistycznymi w zakresie:

1. terapia pedagogiczna
2. terapia psychologiczna/psychoterapia
3. terapia logopedyczna
4. integracja sensoryczna
5. przetwarzanie słuchowe
6. Biofeedback
7. zajęcia grupowe/warsztaty (jakie?)……………………………………………………………………

*\*/ właściwe podkreślić*

**mojego dziecka:**

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia ………………………………………………………...........................................
2. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………..…….……………………….
3. PESEL dziecka…………………………………………………………………………........................................
4. Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia …………………………………………………………………………….
5. Nazwa i adres szkoły, oznaczenie klasy ……………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………kl. ………………………..

1. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych ……………………………………………………………….
2. Miejsce zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów ……………………………………………………………

…………………………………………...……………………………………….……...............................................

**Powód zgłoszenia:**………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/prawnym opiekunem /osobą sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem.⃰ Nie są mi znane okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni dziecka mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie.

Składając niniejszy wniosek wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w zajęciach.

*\*/ właściwe podkreślić* ……………………………………………………

 *(podpis wnioskodawcy)*

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. w celu ustalenia programu terapii indywidualnej niezbędne jest dołączenie dokumentacji właściwej dla danego typu zajęć: opinii psychologiczno-pedagogicznej dziecka, opinii SI, opinii logopedycznej, opinii w zakresie przetwarzania słuchowego, zaświadczenia od lekarza neurologa o braku przeciwskazań do terapii Biofeedback, innych dokumentów mogących mieć znaczenie w procesie terapii; nie wymaga się dołączania właściwej opinii jeżeli dziecko było badane w tutejszej Poradni;
2. kwalifikacji na zajęcia dokonuje właściwy specjalista, który ustala termin zajęć;
3. należy zgłosić się z dzieckiem w ustalonym terminie, a w przypadku, gdy z jakichś przyczyn nie jest możliwe przybycie do Poradni zgodnie z harmonogramem ustalonych wizyt, powiadomić o tym telefonicznie;
4. trzykrotne niestawienie się z dzieckiem na zajęcia bez powiadomienia Poradni skutkuje skreśleniem dziecka
z listy uczestników zajęć;
5. za bezpieczeństwo dzieci zgłoszonych do Poradni odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do Poradni bez rodziców/opiekunów prawnych, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w drodze do Poradni oraz do domu po zakończeniu zajęć.

Powrót do domu bez opieki rodziców/opiekunów prawnych jest możliwy za pisemną zgodą rodziców/opiekunów prawnych.

Opieka nad dzieckiem sprawowana przez osoby inne niż rodzice/prawni opiekunowie wymaga pisemnego upoważnienia tej osoby przez rodziców/prawnych opiekunów.

……………………………………………………

 *(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 realizacji zajęć specjalistycznych;
			3. Dane osobowe będą udostępnianie odbiorcom upoważnionym tylko na podstawie i w granicach przepisów prawa;
			4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres przeprowadzania zajęć specjalistycznych 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, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, 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 zajęć specjalistycznych i sporządzenia właściwej dokumentacji*.*

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

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją: *……………………………………………………*

 *(podpis wnioskodawcy)*