

L

Słupsk, dnia.....

*Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
w Słupsku
ul. Narutowicza 9*

PESEL DZIECKA/UCZNIĄ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY :

WNIOSEK

rodziców (opiekunów prawnych/ pełnoletniego ucznia) o przeprowadzenie badania logopedycznego w Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej

Proszę o przeprowadzenie diagnozy logopedycznej.

.....ur. W

(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałemu.....
miejsce zamieszkania dziecka

uczęszczającemu do przedszkola / szkoły.....
podać nazwę i adres placówki do której uczęszcza dziecko

gr./kl..... uzasadnienie.....

.....
podać przyczynę dla której wnioskuje pani / pan o badanie logopedyczne

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie bez wcześniejszego powiadomienia poradni (osobiście lub telefonicznie 0598456020) wniosek pozostanie nierozpatrzony

W przypadku gdy uczeń jest pełnoletni wniosek podpisuje sam uczeń.....
(podpis ucznia)

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego).....podpis.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki prawnej).....podpis.....

PROSZĘ O ZAPOZNANIE SIĘ Z OŚWIADCZENIEM NA OSTATNIEJ STRONIE WNIOSKU

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU

(wypełnia wychowawca)

Rzetelne udzielanie pełnych, przemyślanych informacji ułatwi postawienie prawidłowej diagnozy i pozwoli opracować dostosowaną do możliwości dziecka prognozę, mającą na celu działania wspierające jego pomyślny rozwój.

.....
(imię i nazwisko dziecka)

1. Ocena mowy

(artykulacja głosek, formy wypowiedzi, budowa zdań, zasób słownika, operowanie zdaniami prostymi i złożonymi, umiejętność kojarzenia przyczynowo-skutkowego, porównywanie, dostrzeganie zależności między różnymi wielkościami, uogólnienia, rozumienie treści opowiadań, zagadek, poleceń, obrazków i inne)

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

2. Ocena pamięci i ocena uwagi

(pamięć trwała, nietrwała, zaburzenia w zapamiętywaniu, ocena pamięci słuchowej, wzrokowej, ruchowej i inne oraz zdolność do koncentracji)

.....
.....

3. Ocena funkcjonowania emocjonalno-społecznego dziecka

(kontakty z rówieśnikami i dorosłymi, zachowanie w grupie rówieśniczej, aktywność na tle zespołu, przejawy dojrzałości lub niedojrzałości emocjonalnej, trudności wychowawcze i inne)

.....
.....

4. Ocena grafomotoryki i tempa pracy

(ocena poziomu prac ręcznych, zaburzenia lateralizacji)

.....
.....

5. Specjalne zainteresowania, uzdolnienia dziecka

.....
.....

6. Ocena stanu zdrowia według spostrzeżeń nauczyciela

.....
.....

.....
podpis dyrektora

.....
podpis wychowawcy

Oświadczenie informacyjne

Zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, póź. 926 z póź. zmianami) informujemy Pana/Panią, że Administrator danych osobowych tj. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9, zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci.

Niniejszym oświadczam, że:

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U.2014.1182.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9 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/dziecko którego jestem reprezentantem ustawowym. Oświadczam także, że zostałam/łem pouczony o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełniania, uaktualniania oraz żądania prostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

.....
czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia

<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>	<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>
<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>	<p style="text-align: center;">ADNOTACJE PORADNI</p> <p>Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)</p> <p>Dniao godzinie.....</p> <p>powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)</p> <p>..... czytelny podpis osoby powiadamiającej</p>

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:

uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....