

# P

Słupsk, dnia.....

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

PESEL DZIECKA

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

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY : .....

## **WNIOSEK**

rodziców (opiekunów prawnych) o przeprowadzenie badań diagnostycznych w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej.

Proszę o przeprowadzenie badań diagnostycznych.

.....ur. .... W .....

(imię i nazwisko dziecka)

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

zamieszkałemu.....  
miejsce zamieszkania dziecka

uczęszczającemu do przedszkola.....grupa.....  
nazwa i numer przedszkola

uzasadnienie.....

.....  
podać przyczynę dla której wnioskuję pani / pan o badanie diagnostyczne

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

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)

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

Czy dziecko było badane?.....ew. nr opinii (orzeczenia).....

Jakiego rodzaju trudności zauważa Pan/Pani u dziecka:

- *trudności w opanowaniu materiału programowego (wymienić dominujące)*

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

- *trudności wychowawcze (podać jakie)*.....

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

- *zaburzenia lateralizacji, obniżony poziom prac ręcznych*.....

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

- *trudności w odwzorowaniu* .....

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

- *tempo pracy*.....

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

- *zaburzenia mowy* .....

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

- *stan zdrowia według spostrzeżeń nauczyciela*.....

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

- *inne*.....

.....  
.....

.....  
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

<b>ADNOTACJE PORADNI</b>	<b>ADNOTACJE PORADNI</b>
Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)	Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)
Dnia .....o godzinie.....	Dnia .....o godzinie.....
powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)	powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)
..... czytelny podpis osoby powiadamiającej	..... czytelny podpis osoby powiadamiającej
<b>ADNOTACJE PORADNI</b>	<b>ADNOTACJE PORADNI</b>
Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)	Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)
Dnia .....o godzinie.....	Dnia .....o godzinie.....
powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)	powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)
..... czytelny podpis osoby powiadamiającej	..... czytelny podpis osoby powiadamiającej

#### ***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.....*