



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku

76-200 Słupsk, ul. G. Narutowicza 9

tel./fax: (59) 845 60 20

www.ppp.slupsk.pl e-mail ppp.slupsk1@poczta.onet.pl

Szanowni Rodzice,

W związku z realizacją projektu pod patronatem Prezydenta Miasta Słupska – „Diagnoza kanałów uczenia się”, prowadzonego przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Słupsku, we współpracy ze szkołami podstawowymi miasta Słupska informujemy, że zostanie przeprowadzona diagnoza uczniów klas III szkół podstawowych.

Celem badań jest określenie ogólnego ilorazu inteligencji każdego z uczniów, zasobu dotychczas zdobytej wiedzy, ale przede wszystkim dominującego typu uczenia się sensorycznego (wzrokowego, słuchowego, kinestetycznego, czuciowego).

Uzyskane w badaniach wyniki i wydane na ich podstawie opinie umożliwią nauczycielom dostosowanie metod i form pracy z uczniem na zajęciach obowiązkowych, dodatkowych i specjalistycznych, wskażą rodzicom i dzieciom sposoby efektywniejszego oraz szybszego nabywania wiedzy i umiejętności.

W związku z powyższym zwracamy się do Państwa o wyrażenie zgody na przeprowadzenie diagnozy i wydanie opinii Państwa dziecka.

Terminy badań zostaną ustalone w porozumieniu z dyrektorami i nauczycielami poszczególnych szkół.

Wniosek rodziców (opiekunów prawnych) o przeprowadzenie diagnozy i wydanie opinii

Słupsk, dnia.....

PESEL DZIECKA/UCZNIĄ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY :

.....ur.W.....
imię i nazwisko dziecka/ucznia data urodzenia miejsce urodzenia

zamieszkałemu.....
miejsce zamieszkania dziecka

dziecku/uczniowi szkoły.....gr./kl.
nazwa, adres i numer przedszkola/szkoły

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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie opinii postdiagnostycznej dotyczącej powyższego badania dyrektorowi szkoły celem zapoznania z nią nauczycieli uczących moje dziecko.

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

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