

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

PESEL DZIECKA/UCZNIĄ

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

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY :

WNIOSEK

rodziców (opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia) 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

uczniowi szkoły.....

nazwa, adres i numer szkoły

klasy..... 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 nierozpatrzone.

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 OŚWIADZENIEM NA OSTATNIEJ STRONIE WNIOSKU

IV. Uczestnictwo w życiu klasy, relacja z rówieśnikami i nauczycielami

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Samoocena ucznia, reakcja na własne sukcesy i niepowodzenia, stosunek do ocen szkolnych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Zdolności twórcze.

(szczególne uwzględnienie niekonwencjonalnych sposobów rozwiązywania zadań, przejawy oryginalnego funkcjonowania ucznia)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII. Inne informacje dotyczące ucznia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Proponowane przez szkołę formy pomocy uczniowi w jego rozwoju

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis wychowawcy

.....
podpis pedagoga szkolnego

.....
podpis dyrektora szkoły

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (4.5.2016L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (DZ.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, 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, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/lem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych Pana/Pani oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9, tel. 598456020, e-mail: sekretariat@ppp.slupsk.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku możliwy jest pod numerem tel. 598456020.
3. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku zbiera i przetwarza dane osobowe, na podstawie art. 6 ust.1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okresy zakreślone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsk, zatwierdzonym przez Państwowe Archiwum w Słupsku.
5. Ma Pan(i) prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Rodzicom/ uczniom/ słuchaczom przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Słupsku jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

.....
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.....