

.....
imię i nazwisko składającego wniosek

.....
imiona i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych

.....
kod pocztowy adres zamieszkania

.....
adres do korespondencji, jeśli jest inny niż zamieszkania

.....
adres poczty elektronicznej

.....
numer telefonu

**ZESPÓŁ ORZEKAJĄCY PRZY PORADNI
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ NR 23
WARSZAWA 05-075,
ul. 1 Praskiego Pułku 8**

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O *POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO
*ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH
*INDYWIDUALNEGO OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
*NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO
*OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA**

dla.....ur.....w.....
imię i nazwisko dziecka data urodzenia miejsce urodzenia

nr PESEL.....zam.....
jeśli nie posiada nr PESEL to seria i nr dowodu osobistego dziecka adres zamieszkania dziecka

.....
ucznia.....kl./oddziału.....
szkoła/przedszkole/ośrodek nazwa i numer, miejscowość

określenie celu i przyczyny, dla której niezbędne jest uzyskanie opinii/orzeczenia:.....
.....

wcześniej wydane orzeczenia/opinie *TAK/NIE.....
jeśli tak, to kiedy wydano opinię/orzeczenie

.....
przez kogo wydano opinię/orzeczenie i w jakiej sprawie

stosowane metody komunikacji *TAK/ NIE.....
AAC/ jeśli dziecko nie komunikuje się / nie komunikuje się w języku polskim

OŚWIADCZAM, że **zostałem/zostałam poinformowany/a** o terminie posiedzenia zespołu orzekającego i możliwości uczestniczenia w nim.

****WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego nauczyciela, wychowawcy grupy wychowawczej i specjalisty, prowadzącego zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce

****WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego asystenta nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystentem wychowawcy świetlicy,

****WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego pomocy nauczyciela,

****WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego asystenta edukacji romskiej wyznaczonego przez dyrektora szkoły/placówki;

****WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego innej osoby, w szczególności psychologa, pedagoga, logopedy, lekarza lub innego specjalisty.

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej i w celach archiwalnych. Administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 23, ul. 1 Praskiego Pułku 8; 05-075 Warszawa. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni. Mam świadomość, że niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości wydania orzeczenia i że mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do organu nadzorczego. Kontakt do inspektora danych osobowych: iod.wesola@edukompetencje.pl.

OŚWIADCZAM, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia, lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem;

OŚWIADCZAM, że nie są mi znane żadne okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU.....
zaświadczenia, badania lekarskie, psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne, inne

.....

.....
podpis wnioskodawcy

* właściwe podkreślić

** właściwe podkreślić, brak wyboru jest równoznaczny z wyrażeniem zgody.