

.....
(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
05-075 WARSZAWA,
ul. 1 Praskiego Pułku WP 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 klasy/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 WP 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@edukompencje.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)

* właściwie podkreślić

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