

Nr wniosku: PPP.

Nr teczki

.....
miejsowość i data

**ZGŁOSZENIE DZIECKA / UCZNI
DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W NOWYM TOMYŚLU*:**

1. Wypełnia rodzic:

Dane dziecka:

Imię i nazwisko dziecka													
Data i miejsce urodzenia													
PESEL	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
Adres zamieszkania													
Adres i nazwa szkoły lub przedszkola													
Oznaczenie klasy lub oddziału przedszkolnego do których uczęszcza dziecko/uczeń													
Nazwa zawodu (wypełnić w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)													
Czy dziecko było wcześniej badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Jeżeli tak proszę podać rok poprzedniego badania i w jakiej Poradni dziecko było diagnozowane													
Czy dziecko ma zdiagnozowaną wadę lub chorobę wzroku lub wadę słuchu (Jeżeli tak proszę wpisać jaką)													
Zgłaszany problem													

Dane rodziców/prawnych opiekunów dziecka

Imię i nazwisko matki	
Imię i nazwisko ojca	
Adres zamieszkania matki	

Adres zamieszkania ojca	
Numer telefonu rodziców lub pełnoletniego ucznia	
Adres e-mail	
Czy oboje rodzice mają pełną władzę rodzicielską nad dzieckiem?	
Jeżeli rodzic (proszę wskazać czy matka, czy ojciec) nie ma pełnej władzy rodzicielskiej nad dzieckiem proszę wpisać, czy ma ograniczoną władzę rodzicielską, czy jest pozbawiony władzy rodzicielskiej	

Do wniosku załączam następującą dokumentację uzasadniającą wniosek:**

- wyniki obserwacji badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych
- wyniki obserwacji i badań lekarskich
- opinię nauczyciela lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno – pedagogicznej w przedszkolu, szkole, placówce
- inną dokumentację (jaką?)

Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na kontakt ze szkołą i specjalistami w sprawie funkcjonowania mojego dziecka, albo pełnoletniego ucznia**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PPP w Nowym Tomyślu na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). (TZ.U.UE.L2016.119.1 z dnia 2016.05.04)

.....
podpis wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 informujemy, że:

1. Administratorem przetwarzającym Państwa oraz dziecka dane osobowe jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, z siedzibą w Nowym Tomyślu
2. W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, mail: iod@powiatnowotomyski.pl.
3. Państwa oraz dziecka dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej;
 - b. realizacji umów zawartych z kontrahentami Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej;
 - c. w pozostałych przypadkach Państwa oraz dziecka dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
4. Odbiorcą Państwa oraz dziecka danych osobowych mogą być:
 - a. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna.
5. Państwa oraz dziecka dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Państwa oraz dziecka dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 3.
7. Posiadają Państwo prawo żądania dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Państwa danych osobowych, w zależności od celu przetwarzania, jest wymogiem ustawowym lub jest niezbędne do zawarcia umowy lub odbywa się za Państwa zgodą. Jeżeli są Państwo zobowiązany do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wypełnienia celów określonych w punkcie 3.
10. Przetwarzanie podanych przez Państwa danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

WYPEŁNIA PORADNIA

TERMINY WIZYTY	SPECJALISTA (pieczęćka i podpis)	SPOSÓB POWIADOMIENIA: data	PODPIS OSOBY ZAMAWIAJĄCEJ
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	

ZMIANA TERMINU

NOWY TERMIN WIZYTY	SPECJALISTA (pieczęćka i podpis)	SPOSÓB POWIADOMIENIA: data	PODPIS OSOBY ZAMAWIAJĄCEJ
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	
		osobisty list (nr pisma) sms	

USTALENIA PO KONSULTACJI ZE SPECJALISTĄ

-
.....
.....
.....
- badanie psychologiczne
 - badanie pedagogiczne
 - badanie logopedyczne
 - badanie zaburzeń procesów integracji sensorycznej
 - badanie zawodowe
 - objęcie dziecka terapią pedagogiczną
 - objęcie dziecka terapią logopedyczną
 - objęcie dziecka terapią psychologiczną
 - objęcie terapią zaburzeń procesów integracji sensorycznej
 - objęcie terapią EEG – Biofeedback
 - objęcie terapią rodzin
 - konsultacja psychologiczna /
 - logopedyczna / pedagogiczna / inna.....
 - prowadzenie mediacji
 - grupowe zajęcia terapeutyczne.....
 - interwencja kryzysowa
 - instruktaż metodyczny
 - obserwacja dziecka/ucznia na terenie szkoły, przedszkola, placówki
 - inne
-
.....
.....

*właściwe zaznaczyć

**właściwe zaznaczyć

*** właściwe podkreślić