

**ZGŁOSZENIE DZIECKA / UCZNIA
DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W NOWYM TOMYŚLU:**

1. WYPEŁNIA RODZIC:**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka												
Data i miejsce urodzenia												
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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)												
PRZYCZYNA ZGŁOSZENIA												

Dane rodziców/prawnych opiekunów dziecka

Imię i nazwisko matki	
Imię i nazwisko ojca	
Adres zamieszkania matki	
Adres zamieszkania ojca	
Numer telefonu matki	
Numer telefonu ojca	
Numer telefonu pełnoletniego ucznia	
Adres e-mail wnioskodawcy	
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	

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

Informujemy, że termin wizyty w Poradni przekazywany jest wyłącznie przez SMS na numer telefonu/telefonów wskazany/wskazanych w niniejszym zgłoszeniu.

Dwa dni przed wizytą otrzymają państwo SMS-a przypominającego. Po otrzymaniu SMS-a przypominającego, należy potwierdzić wizytę poprzez napisanie SMS o treści potwierdzam. W przypadku rezygnacji należy zadzwonić pod numer telefonu 614423436 lub 515284973. Brak potwierdzenia lub odwołania wizyty do godziny 8:00 dnia roboczego poprzedzającego wizytę, spowoduje anulowanie terminu.

.....
podpis wnioskodawcy/wnioskodawców

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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), zwanym dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem przetwarzającym Pani(a) dane osobowe jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Tomyślu, ul. E. Sczanieckiej 1, 64-300 Nowy Tomyśl, telefon 61 44 23 436, e-mail: sekretariat@pppnt.com.pl
2. W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Tomyślu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować: telefonicznie: 61 4426705, poprzez e-mail: iod@powiatnowotomyski.pl oraz listownie na podany wyżej adres.
3. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków w związku z realizowaniem celów statutowych określonych w ustawie Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r., ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991r. i rozporządzeniach wydanych na ich podstawie oraz zgody osoby, której dane dotyczą. Celem przetwarzania jest:
 - a. udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom, młodzieży, rodzicom i nauczycielom,
 - b. przeprowadzenie procesu diagnostycznego i terapeutycznego w zakresie udzielanej opieki psychologiczno-pedagogicznej,
 - c. wydanie opinii, orzeczenia bądź stosownej dokumentacji po przeprowadzonym procesie diagnostycznym i terapeutycznym,
 - d. prowadzenie dokumentacji i ewidencji,
 - e. realizacja obowiązku i prawa pracodawcy wobec osób zatrudnionych art. 9 ust. 2b RODO),
 - f. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit g RODO) oraz na podstawie art. 6 ust 1 lit. a RODO w zakresie danych kontaktowych (np. numer telefonu).
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa w związku z koniecznością wypełnienia obowiązku prawnego. Ponadto Administrator będzie udostępniał Pani/Pana dane osobowe odbiorcom działającym na rzecz i w imieniu Administratora w ramach umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. Posiada Pan/Pani 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.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres zgodny z jednolitym rzeczowym wykazem akt, opracowanym na podstawie ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Dane osobowe przetwarzane na podstawie zgody będą przetwarzane do momentu jej wycofania.
7. Pani/Pana dane, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Niepodanie niezbędnych danych skutkuje brakiem możliwości korzystania z pomocy Poradni.
9. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pan/Pani, że przetwarzanie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
data i podpis wnioskodawcy

TERMINY WIZYTY	RODZAJ WIZYTY	SPECJALISTA	SPOSÓB POWIADOMIENIA ORAZ DATA	PODPIS OSOBY ZAMAWIAJĄCEJ	UWAGI/INFORMACJE
			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		
			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-WYWIADZIE WSTĘPNYM ZE SPECJALISTĄ

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ objęcie terapią zaburzeń procesów integracji sensorycznej ○ objęcie terapią EEG – Biofeedback ○ objęcie terapią rodzin ○ konsultacja psychologiczna / logopedyczna / pedagogiczna / inna..... ○ prowadzenie mediacji ○ grupowe zajęcia terapeutyczne..... | <ul style="list-style-type: none"> ○ interwencja kryzysowa ○ instruktaż metodyczny ○ obserwacja dziecka/ucznia na terenie szkoły, przedszkola, placówki ○ inne |
|---|--|--|