

Data wpływu

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

19-300 Ełk, ul. Michała Kajki 8
tel./fax 876102747; 876102757
e-mail: pcpp.pelk@gmail.com



PESEL DZIECKA

.....
telefon kontaktowy
do rodziców/opiekunów prawnych

.....
e-mail

**WNIOSEK O UDZIELENIE DZIECKU POMOCY
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

Forma udzielanej pomocy: (proszę zaznaczyć odpowiedni punkt)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> badanie diagnostyczne | <input type="checkbox"/> porada/konsultacja psychologiczna |
| <input type="checkbox"/> psychologiczne | <input type="checkbox"/> badanie przetwarzania słuchowego (od 5 r.ż.) |
| <input type="checkbox"/> pedagogiczne | <input type="checkbox"/> diagnoza zawodoznawcza |
| <input type="checkbox"/> logopedyczne | |
- diagnoza sensomotoryczna małego dziecka z elementami fizjoterapii
(dziecko od momentu urodzenia do 3 r.ż.)
- badanie integracji sensorycznej z elementami fizjoterapii
(dziecko od 3 r.ż. do 9 r.ż.)
- porada sensomotoryczna z elementami fizjoterapii
(dziecko powyżej 9 r.ż.)
- terapia integracji sensorycznej z elementami fizjoterapii *(wskazana po badaniu integracji sensorycznej)*

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania dziecka:

Imiona i nazwiska rodziców:

(opiekunów prawnych):

imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej

imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

Miejsce zamieszkania rodziców:

(opiekunów prawnych):

Nazwa przedszkola, szkoły lub placówki:

Adres placówki: **oddział, klasa:**

Uzasadnienie złożenia wniosku:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czy dziecko było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej?

TAK/NIE
(właściwie podkreślić)

W tutejszej poradni? TAK/NIE
(właściwie podkreślić)

Rok badania.....

W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej z siedzibą przy ul. Kajki 8, w Ełku.
2. Kontakt do Administratora: Telefon: +48 610 27 47, Email: pcpp.pelk@gmail.com, osobiście lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Celem zbierania danych jest działalność statutowa Powiatowego Centrum Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej w Ełku.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do:
 - wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,
 - wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania,
 - wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych,
 - wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju,
 - wydania opinii o wynikach badań psychologiczno – pedagogicznych
 - wydania innych opinii,

W przypadku niepodania danych realizacja działań wynikających ze złożonego wniosku nie będzie możliwa (realizacja celu np. wydanie opinii/orzeczenia/informacji o wynikach badań).

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat w przypadku wydania opinii i 25 lat w przypadku wydanego orzeczenia, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
10. Każdemu którego dane są przetwarzane przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.

Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie diagnostyczne/poradę, konsultację w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie realizowany.

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia)