

.....  
Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia\*

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr telefonu / adres e-mail

.....  
Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr telefonu / adres e-mail

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli inny)

**ZGŁOSZENIE DZIECKA / PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ  
do Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej we Wschowie z filią w Sławie**

dotyczy:

- BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH
- BADAŃ PEDAGOGICZNYCH
- BADAŃ LOGOPEDYCZNYCH
- KONSULTACJI
- TERAPII

.....  
imię i nazwisko dziecka/ucznia

ur. dnia ..... w ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Nazwa przedszkola / szkoły .....

Grupa / klasa / zawód .....

z powodu (właściwe zaznaczyć):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ogólne trudności w nauce       | <input type="checkbox"/> Dojrzałość szkolna                                |
| <input type="checkbox"/> Trudności w czytaniu i pisaniu | <input type="checkbox"/> Badanie kontrolne (w przypadku ponownych badań)   |
| <input type="checkbox"/> Trudności wychowawcze          | <input type="checkbox"/> Wcześniejsze rozpoczęcie nauki w klasie pierwszej |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia emocjonalne         | <input type="checkbox"/> Wybór zawodu                                      |
| <input type="checkbox"/> Zaburzony rozwój mowy          | <input type="checkbox"/> Odroczenie od obowiązku szkolnego                 |
| <input type="checkbox"/> Zaburzony rozwój psychoruchowy | <input type="checkbox"/> Indywidualizowana ścieżka kształcenia             |

**Inne**.....

Czy dziecko było wcześniej badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?  Tak  Nie

Jeśli TAK – podać nazwę Poradni:.....

**Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie dziecka/ucznia z przedszkolem/szkołą\*  Tak  Nie**

## WAŻNE INFORMACJE

- O terminie badań osoba zgłaszająca będzie poinformowana telefonicznie.
- Dziecko w dniu badania powinno być zdrowe i wypoczęte, a wszelkie istotne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka powinny być przekazane diagnoście przed jego rozpoczęciem.
- Jeżeli dziecko używa okularów/aparatów słuchowych – powinno mieć je założone w dniu badania.
- Badania psychologiczne/pedagogiczne trwają około 2 godzin.
- Jeśli dziecko/uczeń nie może zgłosić się na badania w uzgodnionym terminie prosimy o wcześniejsze telefoniczne powiadomienie o tym pracownika sekretariatu.
- W sytuacji trzykrotnego niezgłoszenia się do poradni bez wcześniejszego powiadomienia – zgłoszenie dziecka/ucznia zostaje anulowane.
- Samodzielny powrót dziecka do domu jest możliwy wyłącznie za pisemną zgodą rodzica/prawnego opiekuna. W tym czasie za bezpieczeństwo dziecka odpowiada rodzic/prawny opiekun.

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 oraz oświadczam, że zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

### **Podpisy osób zgłaszających:**

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku braku podpisu na wniosku drugiego rodzica, w konieczności wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania, orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju, innej opinii – wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego<sup>1</sup>)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego<sup>2</sup>/  
pełnoletniego ucznia)