

.....
/ imię i nazwisko /

.....
/ miejscowość, data /

W N I O S E K
do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Działdowie
o wydanie orzeczenia lub opinii: *

1. *o potrzebie kształcenia specjalnego*
 - a. *w przedszkolu ogólnodostępnym, w tym z oddziałami integracyjnymi, integracyjnym albo specjalnym,*
 - b. *w szkole ogólnodostępnej,*
 - c. *w szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym,*
 - d. *w szkole specjalnej lub oddziale specjalnym,*
 - e. *w ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym,*
 - f. *w szkole zorganizowanej w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, w młodzieżowym ośrodku socjoterapii lub w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym.*
2. *o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,*
3. *o potrzebie indywidualnego nauczania,*
4. *o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych zespołowych / indywidualnych,*
5. *o braku potrzeby kształcenia specjalnego,*
6. *o braku potrzeby indywidualnego nauczania,*
7. *o braku potrzeby indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,*
8. *o braku potrzeby zajęć rewalidacyjno-wychowawczych,*
9. *o odmowie uchylecia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego,*
10. *o odmowie uchylecia orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,*
11. *o odmowie uchylecia orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania,*
12. *o odmowie uchylecia orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych,*
13. *o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka,*
14. *o braku potrzeby wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.*

** (Należy podkreślić właściwą potrzebę).*

Dane:

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania dziecka:

Nazwa, adres szkoły:

Klasa: zawód *

**w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe*

Imiona i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów:

Miejsce zamieszkania rodziców / prawnych opiekunów:

.....

Adres do korespondencji *

**jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania*

Adres korespondencji elektronicznej (e-mail):

Telefon:

Uzasadnienie wniosku:

Określenie przyczyny i celu, dla których niezbędne jest uzyskanie orzeczenia lub opinii

.....

.....

.....

.....

Do wniosku załączam:

1.

2.

3.

Czy dziecko(uczeń) posiada wcześniej wydane orzeczenia/opinie wydane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym poradnie niepubliczne?

a) nie

b) tak (*proszę podać nazwę dokumentu oraz nazwę poradni, w której zostały uzyskane*)

.....

.....

Czy dziecko wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji?

a) nie

b) tak (*proszę podać tę metodę*)

.....

.....

/ podpis wnioskodawcy /

Oświadczenia Wnioskodawcy:

Oświadczam, że jestem [proszę podkreślić właściwe stwierdzenie]:

- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem / uczniem
- prawnym opiekunem dziecka / ucznia
- osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem / uczniem

Zapoznałem/zapoznałam się z terminem posiedzenia Zespołu Orzekającego, które odbędzie się dnia o godz. w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Działdowie oraz zostałem/zostałam poinformowany/a o możliwości uczestniczenia w posiedzeniu Zespołu Orzekającego.

Zostałam/em poinformowany, że w celu uzyskania informacji o sytuacji dydaktycznej i wychowawczej dziecka / ucznia przewodniczący zespołu może zwrócić się do właściwego dyrektora o wydanie opinii przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem / uczniem oraz o otrzymaniu kopii powyższej opinii.

Wnoszę / nie wnoszę o udział w posiedzeniu Zespołu Orzekającego dodatkowej osoby / osób, których udział uznaję za niezbędny dla prac zespołu: (proszę podać dane osobowe tych osób):

.....
.....

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody *[niepotrzebne skreślić] na uczestniczenie w posiedzeniu Zespołu Orzekającego na wniosek jego przewodniczącego:

- nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych, specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem / uczniem
- asystenta nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystenta wychowawcy świetlicy
- pomocy nauczyciela
- asystenta edukacji romskiej
- innych osób, których udział w pracach zespołu jest niezbędny

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody [niepotrzebne skreślić] na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Potwierdzam, że zapoznałem/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Działdowie.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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) informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Działdowie, ul. 11 Listopada 16, 13-200 Działdowo, tel.: 23 697 62 51.
2. Inspektorem Ochrony Danych w w/w poradni jest Pani Angelika Kordalska, mail: iod.kordalska@wp.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji zadań statutowych Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Działdowie, polegających m.in. na: przeprowadzeniu czynności diagnostycznych/terapeutycznych, sporządzeniu właściwej dokumentacji, działając na podstawie art. 6 ust 1 lit. a i c w powiązaniu z art. 9 ust 2 lit. a RODO oraz przepisów prawa oświatowego.
4. W związku z przetwarzaniem danych Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać także osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane do państw trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres przeprowadzania procesu diagnostycznego/terapii oraz przechowywane przez określoną liczbę lat w zależności od oznaczenia kategorii archiwalnej danej sprawy. W przypadku realizacji zadań w oparciu o zgodę dane osobowe będą przechowywane tylko przez okres określony w tej zgodzie.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, oraz do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez względu na zgodność z prawem przetwarzania (jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w zakresie wymaganym ustawami jest obowiązkowe, a w przypadku innych danych jest dobrowolne, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.