

Wyrzysk, dn. ....

**Do Dyrektora  
Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile  
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wyrzysku**

.....  
*TELEFON KONTAKTOWY*  
do rodziców/prawnych opiekunów \*

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY**

Zwracam się z *prośbą o przeprowadzenie:*

*badan*: logopedycznego, pedagogicznego, psychologicznego \* mojego dziecka w związku z:

.....  
.....  
.....  
*porady/konsultacji* - psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej \* mojego dziecka w  
związku z:

.....  
.....  
**Imię/imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia** (należy wypełnić drukowanymi literami)

.....  
**Data i miejsce urodzenia** .....

**PESEL DZIECKA:** \_ \_ \_ \_ \_

**Adres zamieszkania:** .....

**Nazwa i adres szkoły/przedszkola/ lub placówki \*:**

.....  
**oddział/klasa:** .....

**Imiona i nazwiska rodziców/  
prawnych opiekunów\*** .....

**Miejsce zamieszkania rodziców/  
prawnych opiekunów\*** .....

**Czy dziecko/uczeń/\* było/był badany w poradni psychologiczno-pedagogicznej?**

- w tutejszej poradni **TAK/NIE\*** (w którym roku?).....
- w innej poradni psychologiczno-pedagogicznej (gdzie?) .....

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\*** na omówienie wyników badań i wynikających z nich wniosków do pracy z dzieckiem ze szkołą / przedszkolem/ inną placówką oświatową.

**Do wniosku dołączam/ nie dołączam\*** informację o dziecku przygotowaną przez szkołę/ przedszkole.

.....  
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)\*

\*Niepotrzebne skreślić.

**PROSZE WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ WNIOSKU** (1 str. z 2)

**Przyjmuję do wiadomości**, że poradnia może zwrócić się do szkoły/ przedszkola o informację na temat funkcjonowania mojego dziecka.

**Przyjmuję do wiadomości**, że w przypadku braku możliwości stawienia się w umówionym terminie zobowiązuję się do wcześniejszego powiadomienia poradni.

**Przyjmuję do wiadomości**, że w przypadku niezgłoszenia się na badanie diagnostyczne/poradę/konsultację w ustalonym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie zrealizowany.

**Przyjmuję do wiadomości**, że dziecko zgłasza się na badania pod opieką rodziców/ prawnych opiekunów,, którzy odpowiadają za bezpieczeństwo dzieci na terenie poradni (z wyłączeniem pobytu w gabinecie diagnostycznym).

.....  
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

#### **OŚWIADCZENIA:**

Zgodnie z wymogami art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. wyrażam \*\* dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Pile danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji i realizacji procesów diagnostyczno – terapeutyczno – orzecznich osoby zgłaszanej do poradni oraz wydania przez poradnię dokumentów, o które wnioskuję/ będę wnioskować, a także na wykorzystywanie ich do kontaktu ze mną w celach informacyjnych dot. ww. procesów. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z Klauzulą Informacyjną Dotyczącą Ochrony Danych Osobowych obowiązującą w poradni.

**Oświadczam, iż jestem** rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem\*/ prawnym opiekunem dziecka lub ucznia\*/ lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem\*.

.....  
(Podpisy rodziców/ prawnych opiekunów/ osoby pełnoletniej)

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Złożone zgodny obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.