**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

Diagnozę psychologiczno-pedagogiczną

Diagnozę logopedyczną

Diagnozę integracji sensorycznej

Diagnozę zawodoznawczą

Diagnozę gotowości szkolnej dziecka

Przesiewowe badanie centralnego przetwarzania słuchowego

Terapię (rodzaj): ……………………………………………………………………………………………………….

1. IMIĘ/IMIONA I NAZWISKO DZIECKA**:** …………………………………………………………………..............
2. PESEL: …………………………………………… **3.** DATA URODZENIA:……………………………………..
3. MIEJSCE URODZENIA: …………………………………………………………………………………..................
4. ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA: ul. ……..………………………………………………………………….…

Kod pocztowy: ……...…….… Miejscowość: ……………………………………………………………………........…

1. PEŁNA NAZWA I ADRES SZKOŁY/PRZESZKOLA :………………………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………… 6. KLASA ………………..

1. \*IMIĘ I NAZWISKO: **MATKI** OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO

……………………………………..…………..…………………………………………………………………………..

1. ADRES ZAMIESZKANIA: ul. ……..……………………………………..……………………………………..…..

Kod pocztowy: ……...…….… Miejscowość: ……………………………………………………………………...…….

1. \*IMIĘ I NAZWISKO: **OJCA** OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO

……………………………………..………………………………………………………………………………………

1. ADRES ZAMIESZKANIA: ADRES ZAMIESZKANIA: ul. ……………………..…………………………………

Kod pocztowy: ……...…….… Miejscowość: ………………………………………………………………………........

1. TELEFON KONTAKTOWY **MATKI/**OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO: ………………………….
2. TELEFON KONTAKTOWY **OJCA/**OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO: …………………………….

\**w przypadku, gdy jedno z rodziców/opiekunów nie żyje lub jest pozbawione praw rodzicielskich należy wpisać* ***nie dotyczy***

**14. POWÓD ZGŁOSZENIA NA BADANIE**:

Trudności w nauce, jakie: ……………………………………………………………………………………................

Podejrzenie specyficznych trudności w nauce (dysleksja/dysortografia/dyskalkulia/dysgrafia)

Trudności wychowawcze, jakie: ……………………………………………………………………………………..

Problemy emocjonalne, jakie: ………………………………………………………………………………………..

Problemy z mową, jakie: ……………………………………………………………………………………………..

Zaburzenia z zakresu integracji sensorycznej, jakie: …………………………………………………………………

Inne, jakie: …………………………………………………………………………………………………………….

**16. Informacja o stosowanych metodach komunikowania się** (w przypadku, gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC) lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym): ...........................................................................……………………………………………..……………....

**17. Czy dziecko było badane w innej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?**

NIE TAK – w jakiej? ……………………………………………………………………………………

**18. Załączniki do zgłoszenia*:***

KSERO ŚWIADECTWO SZKOLNE

OPINIĘ NAUCZYCIELA/PEDAGOGA/LOGOPEDY/WYCHOWAWCY NA TEMAT DZIECKA

OPINIĘ LOGOPEDY

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

DOKUMENTACJĘ (PSYCHOLOGICZNĄ, PEDAGOGICZNĄ, LOGOPEDYCZNĄ, MEDYCZNĄ)

INNE DOKUMENTY WYMIENIONE W OSTATNIEJ OPINII

DOKUMENT DOT. SPRAWOWANIA OPIEKI (w przypadku sprawowania opieki przez opiekuna zastępczego/ustawowego lub sprawowania opieki tylko przez jednego rodzica)

* Wyrażam zgodę na kontakt poradni w celach diagnostycznych, zapewnienia dziecku najlepszych oraz odpowiednich form pomocy z **placówką oświatową, do której uczęszcza, MOPS/M-GOPS/GOPS, placówką medyczną** (art. 6 ust.1 RODO). TAK  NIE
* Przyjmuję do wiadomości, że poradnia nie sprawuje i nie zapewnia opieki nad osobami niepełnoletnimi, przebywającymi samodzielnie na terenie budynku poradni.
* Przetwarzanie danych osobowych przez Powiatową Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Białymstoku ul. Słonimska 15/1, 15-028 Białystok, w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych.
* Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Powiatową Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białymstoku. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Białystok, dnia …………………………… ….……………………………………………………….......

(czytelny podpis rodziców/prawnych/ustawowych opiekunów/pełnoletniego ucznia)\*\*

\*\**w przypadku, gdy pomiędzy rodzicami nie ma zgody dot. decyzyjności wobec działań na rzecz dziecka wymagane są* ***dwa podpisy*** *lub* ***postanowienie sądu*** *przedłożone przez jednego z rodziców*