



**ZGŁOSZENIE NA BADANIE**  
**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DOKUMENT DRUKOWANYMI LITERAMI.**

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

- ☐ Diagnozę psychologiczną
- ☐ Diagnozę pedagogiczną
- ☐ Diagnozę logopedyczną
- ☐ Diagnozę: .....
- ☐ Terapię: .....

1. IMIĘ/IMIONA I NAZWISKO DZIECKA: .....

2. PESEL: ..... 3. DATA URODZENIA: .....

3. MIEJSCE URODZENIA: .....

4. ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA: ul. ....

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

5. PEŁNA NAZWA I ADRES SZKOŁY/PRZESZKOŁA : .....

..... 6. KLASA .....

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

.....

8. ADRES ZAMIESZKANIA: ul. ....

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

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

.....

10. ADRES ZAMIESZKANIA: ul. ....

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

11. TELEFON KONTAKTOWY MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO: .....

12. TELEFON KONTAKTOWY OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO/USTAWOWEGO: .....

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

a) TAK, proszę wymienić \*\*: .....

b) NIE \*\*

**\*W PRZYPADKU, GDY JEDNO Z RODZICÓW/OPIEKUNÓW NIE ŻYJE NALEŻY WPISAĆ NIE DOTYCZY**

**\*\* właściwe zakreślić**

#### 14. POWÓD ZGŁOSZENIA NA BADANIE:

- ☐ Trudności w nauce, jakie: .....
- ☐ Podejrzenie specyficznych trudności w nauce (dysleksja/dysortografia/dyskalkulia/dysgrafia)
- ☐ Problemy emocjonalne/wychowawcze, jakie: .....
- ☐ Problemy z mową, jakie: .....
- ☐ Inne, jakie: .....

#### 15. 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):

- a) proszę wymienić \*: .....
- b) nie dotyczy \*

#### 16. Wyrażam zgodę na kontakt poradni w celach diagnostycznych, zapewnienia dziecku najlepszych oraz odpowiednich form pomocy z placówką oświatową, do której uczęszcza (np. SZKOŁA/PRZEDSZKOLE), MOPS/M-GOPS/GOPS, placówką medyczną (art. 6 ust.1 RODO).

- a) TAK \*
- b) NIE \*

#### 17. Załączniki do zgłoszenia:

- ☐ KSERO ŚWIADECTWO SZKOLNE (w przypadku ucznia szkoły)
- ☐ OPINIĘ NAUCZYCIELA/PEDAGOGA/LOGOPEDY/WYCHOWAWCY NA TEMAT DZIECKA
- ☐ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
- ☐ DOKUMENTACJĘ (PSYCHOLOGICZNĄ, PEDAGOGICZNĄ, LOGOPEDYCZNĄ, MEDYCZNĄ)
- ☐ INNE DOKUMENTY WYMNIENIONE W OSTATNIEJ OPINII
- ☐ DOKUMENT DOT. SPRAWOWANIA OPIEKI (w przypadku sprawowania opieki przez opiekuna zastępczego/ustawowego lub sprawowania opieki tylko przez jednego rodzica)

- 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 Powiatowa 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).

**OŚWIADCZAM, IŻ JESTEM PRAWNYM OPIEKUNEM DZIECKA I PODPISUJĄC NINIEJSZY  
WNIOSEK REPREZENTUJĘ ZGODNĄ WOLĘ OBOJGA RODZICÓW.**

Białystok, dnia .....

.....  
(czytelny podpis rodzica/ów lub opiekuna ustawowego  
albo pełnoletniego ucznia)\*\*

\* właściwe zakreślić

**\*\* W PRZYPADKU BRAKU POROZUMIENIA MIĘDZY RODZICAMI W ZAKRESIE PODEJMOWANIA DECYZJI DOTYCZĄCYCH DZIAŁAŃ NA RZECZ DZIECKA WYMAGANE SĄ DWA PODPISY RODZICÓW LUB PRAWOMOCNE POSTANOWIENIE SĄDU PRZYZNAJĄCE JEDNEMU Z RODZICÓW WYŁĄCZNOŚĆ DECYDOWANIA W SPRAWACH EDUKACYJNYCH.**