

.....
(imiona, nazwisko rodziców / opiekunów)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres rodziców / opiekunów)

.....
(telefon kontaktowy)

**Powiatowa Poradnia
Psychologiczno – Pedagogiczna
Plac Zamkowy 2
64-130 Rydzyna**

Prośba o badanie *

psychologiczne – pedagogiczne – logopedyczna – konsultację naszego dziecka

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL

**Miejsce zamieszkania,
dokładny adres**

Nazwa i adres przedszkola / szkoły

Oddział / klasa

Zgłaszany problem

Czy dziecko/uczeń rozumiewa się językiem polskim w stopniu komunikatywnym? TAK/NIE *

1) Zostałem/am poinformowany/a , że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka albo pełnoletniego ucznia, poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza, o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.

2) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, gromadzenie i przechowywanie danych osobowych mojego dziecka, niezbędnych do udzielenia pomocy psychologiczno – pedagogicznej, w tym danych o stanie zdrowia i sytuacji edukacyjnej i rodzinnej, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) oraz na potrzeby SIO zgodnie z przepisami ustawy o systemie informacji oświatowej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z dnia 5 lipca 2011 r.)

3) Oświadczam także, że zostałem/am pouczony/a należycie o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełniania, uaktualniania oraz żądania prostowania w zakresie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

4) Oświadczam, iż jestem uprawniona/y do występowania w sprawach dziecka/ucznia.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

* właściwe podkreślić