

Mielec, dniar.

.....
(imiona i nazwiska rodziców, prawnych opiekunów)

Data wpływu:

.....
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

Telefon kontaktowy.....

Oświadczam, że jestem: (prosimy zaznaczyć właściwe)

- a. Rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ uczniem;
- b. Prawnym opiekunem dziecka/ucznia sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznikiem;
- c. Inną osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznikiem;
- d. Pełnoletnim uczniem.

ZGŁOSZENIE

potrzeby przyjęcia dziecka/ ucznia * do Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mielcu

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia

PESEL

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

Adres zamieszkania

Nazwa i adres przedszkola / szkoły

Oddział/ klasa

Czy dziecko / uczeń było(ł) badane(y) w tutejszej Poradni,.....

Powód zgłoszenia do poradni: dziecko / uczeń przejawia trudności szkolne:

- **terapia / psychoterapia**
- **diagnoza / konsultacja psychologiczno - pedagogiczna**
- **diagnoza / konsultacja logopedyczna**
- **badanie przetwarzania słuchowego**
- **inne :**

Pouczenie: poradni przysługuje prawo do zasięgnięcia informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka / ucznia.

Wniosek w sprawie wydania opinii / orzeczenia / informacji * złoży rodzic /prawni opiekun /pełnoletni uczeń* - po przeprowadzonych badaniach diagnostycznych ujawniających przyczyny zgłoszonego problemu i wymaganą formę pomocy.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie bez wcześniejszego powiadomienia poradni (osobiście lub telefonicznie 17 788 49 78) zgłoszenie zostanie rozpatrzone w nowym terminie - według kolejności zgłoszeń.

Do powyższego zgłoszenia należy dołączyć w zależności od sprawy odpowiednie załączniki :

1. Informację nauczyciela wychowawcy o funkcjonowaniu ucznia w szkole.
2. W przypadku trudności dyslektycznych – informację nauczyciela polonisty o uczniu.
3. Kserokopię ostatniego świadectwa szkolnego.
4. Dokumentację medyczną w przypadku problemów zdrowotnych.

W celu pogłębienia diagnozy i pomocy wyrażam / nie wyrażam zgody na kontakt pracownika SPP-P w sprawie mojego dziecka z przedszkolem / szkołą / lekarzem specjalistą / inną instytucją.*

Oświadczam, że zostałem/łam zapoznany/na z następującą informacją:

- jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania
- o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie
- w przypadku braku porozumienia między rodzicami w istotnych sprawach dziecka rozstrzyga sąd

Oświadczam, że drugi rodzic został przeze mnie poinformowany o złożeniu zgłoszenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 poz. 1000, 1669). Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż Administratorem Danych Osobowych będzie Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą przy ul. Sękowskiego 2B, 39-300 Mielec. Oświadczam, iż podane dane osobowe są zgodne z prawdą, zostały podane dobrowolnie i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, ich zmiany oraz prawo kontroli co do ich przetwarzania.

* właściwe podkreślić

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)