PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA w JAWORZNIE

ZGŁOSZENIE

data.....

	Dane dziecka / ucznia
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Pesel	
Miejsce zamieszkania	
Szkoła / przedszkole	
Klasa	
Czy to pierwsza wizyta dziecka/ucznia w PPP Jaworzno	TAK NIE (odpowiednie zakreślić)
Czy dziecko/uczeń korzystało z pomocy w poradni psychologiczno-pedagogicznej w innym mieście	TAK NIE (odpowiednie zakreślić)

JESTEM UCZNIEM PEŁNOLETNIM ☐ **MÓJ NR TEL.:** ….....

Dane rodziców / opiekunów prawnych*		
	matki	**ojca**
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		

**** w przypadku ograniczonych praw rodzicielskich lub ich pozbawienia jednego z rodziców należy przedłożyć niezbędną dokumentację***

Powód zgłoszenia do poradni (konieczne do zaznaczenia przez zgłaszającego):

1. Trudności w nauce w placówce / w domu
2. Problemy emocjonalne w placówce / w domu
3. Trudności wychowawcze w placówce / w domu
4. Problemy rodzinne
5. Zaburzenia komunikacji językowej
6. Doradztwo zawodowe
7. Odroczenie dziecka od obowiązku szkolnego
   (wskazana opinia nauczyciela)
8. Wydanie opinii o wczesnym wspomaganiu rozwoju
   (wymagane zaświadczenie lekarskie)
9. Wydanie uczniowi orzeczenia do nauczania indywidualnego
   (wymagane zaświadczenie lekarskie, opinia nauczyciela)
10. Wydanie uczniowi orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
    (wymagane zaświadczenie lekarskie, opinia szkolna, opinia zawierająca wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania dziecka – jeśli dziecko posiada wcześniejsze orzeczenie)
11. Wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych
    (wskazane zaświadczenie lekarskie)
12. Inne: ……

……

……

Informacje dodatkowe:

Czy rodzic/uczeń ubiegał się o wsparcie w przedszkolu/szkole TAK NIE

Czy w/w placówka oferowała rozwiązanie problemu/formę pomocy TAK NIE

Jeśli tak to jaką? ……

……

Czy przedszkole/szkoła może być poinformowana o zgłoszeniu do PPP TAK NIE

oraz, czy zgłaszany problem może zostać konsultowany w placówce? TAK NIE

Czy dziecko/uczeń posiada aktualną opinię z przedszkola/szkoły nt. trudności lub inną dokumentację (np. medyczną)? TAK NIE BĘDZIE

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania orzeczenia lub opinii.

……	……	……
(podpis matki)	(podpis ojca)	(podpis ucznia pełnoletniego)

Oświadczam, że istnieją / nie istnieją (niepotrzebne skreślić) **informacje / tematy (np. dotyczące spraw rodzinnych, zdrowotnych), których nie należy poruszać z dzieckiem lub w jego obecności.**

…….. …….
(podpis matki) (podpis ojca)

<u>Oświadczam, że jestem:</u> rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem (niepotrzebne skreślić).

…….. …….
(podpis matki) (podpis ojca)

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych wyrażających zgodę na zgłoszenie oraz przebadanie dziecka w PPP Jaworzno w przypadku wszczęcia procesu diagnostycznego.

…….. …….
(podpis matki) (podpis ojca)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str.1) informujemy, że:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą przy ul. Inwalidów Wojennych 14, 43-600 Jaworzno.
2) kontakt z inspektorem ochrony danych wyznaczonym w poradni Psychologiczno-Pedagogicznej możliwy jest za pośrednictwem adresu e-mail: lukasz.wasko@ppp.jaworzno.edu.pl lub telefonicznie pod numerem (032) 762-93-91,
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zatrudniania i przyznawania świadczeń socjalnych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.,
4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i przyznawania świadczeń socjalnych,
5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa regulujących zasady archiwizacji dokumentów;
7) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody w każdym czasie;
8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy; Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a niepodanie danych osobowych skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia umowy.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z powyższymi informacjami:

…..... …..... …….
(podpis matki) (podpis ojca) (podpis ucznia pełnoletniego)

Część administracyjna

Specjalista przyjmujący zgłoszenie .....***dnia:*** .....

Termin/y wizyt: .....

.....

.....

Terminy PRZEKAZANO dnia:. .....