Wysokie Mazowieckie, dnia ………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………….. **Imię i nazwisko wnioskodawcy**/rodzic, opiekun prawny, zastępczy/ *właściwe podkreślić*………………………………………………………………..………………………………………………………….. Adres………………………………………………………….. Telefon | **PORADNIA** **PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA  W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM****18-200 Wysokie Mazowieckie, ul. Mickiewicza 1 B****tel./fax86 275 25 52, tel. kom. 695 998 244****e-mail:** **wmppp@op.pl**administrator danych osobowych |

**WNIOSEK**

**O WYDANIE OPINII Z BADAŃ / INFORMACJI Z BADAŃ**

(psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, zawodoznawczych)

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

*(imię i nazwisko dziecka, PESEL)*

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

*szkoła, przedszkole, placówka, klasa/oddział,*

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

*(imiona i nazwiska rodziców dziecka, adres zamieszkania)*

*W oparciu o przepisy:*

*- ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe z dnia 11 stycznia 2017 r. poz. 59,*

*- ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. z późn. zm.,*

*- rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych z późn. zm.,*

***wnoszę o wydanie opinii w sprawie****:* **(***właściwe podkreślić****)***

* gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole
* odroczenia rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego
* wcześniejszego rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego
* objęcia dziecka/ucznia pomocą psychologiczno – pedagogiczną w szkole, przedszkolu lub placówce
* specyficznych trudności w uczeniu się (dysleksja, dysortografia, dysgrafia, dyskalkulia)
* dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka/ucznia
o niższych niż przeciętne możliwościach intelektualnych
* zwolnienia ucznia z wadą słuchu lub głęboką dysleksją rozwojową z nauki drugiego języka obcego \*
* udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki
* przyjęcia do klasy pierwszej szkoły ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej ucznia z problemami zdrowotnymi, ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia \*
* przyjęcia ucznia do oddziału przysposabiającego do pracy
* zindywidualizowanej ścieżki kształcenia \*
* opinia w sprawie spełniania przez dziecko obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, poza przedszkolem, oddziałem przedszkolnym zorganizowanym w szkole podstawowej lub inną formą wychowania przedszkolnego i **obowiązku** szkolnego lub obowiązku nauki poza szkołą
* inna opinia (deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych, choroby przewlekłej \*, sytuacji kryzysowych lub traumatycznych, szczególnych uzdolnień, niepowodzeń edukacyjnych, zaniedbań środowiskowych, trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub wcześniejszym kształceniem za granicą, objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej \*)
* innych(jakich?)…………………………………………………………………………………………...

**Przyczyna, cel i uzasadnienie ubiegania się o opinię/informację**…………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………..……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………**Oświadczam, że:** (*właściwe podkreślić*)

* opinię odbiorę osobiście w uzgodnionym terminie,
* proszę o wysłanie opinii pocztą pod adres……………………………….……………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

skorzystanie z usług Poczty Polskiej jest związane z przekazaniem danych osobowych w/w firmie

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu opiniowania, orzecznictwa
i obowiązującej statystyki, zgodnie z USTAWĄ z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922)* ora*z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

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

*czytelny podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

W załączeniu: *(właściwe podkreślić)*

* wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich
* opinię nauczycieli, wychowawców lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno – pedagogicznej
w szkole/placówce, kopia świadectwa szkolnego ukończenia poprzedniej klasy, ewentualnie wykaz ocen półrocznych,
* zeszyty szkolne, dokumentacja pracy ucznia
* zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka / ucznia
* inne dokumenty (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………………….…………

**WNIOSEK**

Proszę o przekazanie kopii opinii do szkoły, jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych ………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 *( pełna nazwa i adres szkoły)*

……………………………………………………………………………………………….

 *podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

**ZOBOWIĄZANIE**

W celu wydania w/w opinii niezbędne jest przeprowadzenie badań lekarskich Pani/Pana syna/córki oraz przedstawienie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka do dnia ………………………………….. W przypadku niedostarczenia zaświadczenia wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.

 …………………………………………………………………………………………..

 *podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

***Informacja***

***PP-P może zwrócić się do dyrektora szkoły/przedszkola/placówki, do której uczęszcza Pani/Pana syn/córka
 o wydanie opinii o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka. Kopia opinii zostanie Pani/Panu przekazana.***

………………………………………………………………………………………..

*podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*