

Wpłynęło dnia
PPPP/WZO/...../
Ldz/
Odpowiedzialni:
.....
.....
Termin realizacji:.....

**WNIOSEK DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO
W POWIATOWEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-
PEDAGOGICZNEJ W ŁĘCZYCY
O WYDANIE:**

Orzeczenia o potrzebie:

- kształcenia specjalnego
- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- indywidualnego nauczania
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych;

Opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju.

- 1.Imię/imiona nazwisko dziecka lub ucznia:
2. Data i miejsce urodzenia:
- 3.PESEL:.....
- 4.Adres zamieszkania:.....
- 5.Nazwa i adres: przedszkola/szkoły/ośrodka:.....
a) klasa
- b)w przypadku szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe -nazwa zawodu
- 6.Imiona i nazwiska rodziców, adres zamieszkania (adres do korespondencji)*:
.....
.....
- 7.Wskazanie celu i przyczyny dla którego niezbędne jest uzyskanie orzeczenia/opinii:
.....
.....
- 8.Jeśli dziecko posiada orzeczenie/opinię podać nazwę poradni wydającej orzeczenie/opinię
.....
- 9.Dziecko wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC)
TAK/NIE
10. Numer telefonu/adres poczty elektronicznej

Do wniosku załączam:

.....
Miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

*w przypadku gdy adres jest inny niż adres zamieszkania.

OŚWIADCZENIE

Na podstawie par. 4 ust.4 pkt 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz. 1743)

Wyrażam zgodę na udział w posiedzeniu Zespołu Orzekającego w dniu.....:

a)nauczyciela, wychowawcy grupy wychowawczej i specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce

b)asystenta nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystenta wychowawcy świetlicy, o których mowa w art. 15 ust. 7 ustawy,

c)pomocy nauczyciela,

d)asystenta edukacji romskiej,

e) innych osób.....

.....

data

podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Na podstawie Ustawa z dnia 15 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. (Dz.U. z 2017r. poz. 570)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

.....

.....

data

podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem:

-rodzicem sprawującym władzę rodzicielską

-prawnym opiekunem

-osobą sprawującą pieczę zastępczą.

.....

.....

data

podpis wnioskodawcy

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art.6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r.

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka/podopiecznego przez Powiatową Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Łęczycy w celu wspomagania wszechstronnego rozwoju dziecka oraz wspomagania wychowawczej i edukacyjnej funkcji szkoły.

.....
(data i czytelny podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r. informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych Państwa dzieci jest Dyrektor Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łęczycy, ul. Kaliska 13, 99-100 Łęczycy;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych – iodo@adres.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wspomagania wszechstronnego rozwoju dziecka oraz wspomagania wychowawczej i edukacyjnej funkcji szkoły zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) i c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych;
- 4) Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody);
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z usług Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łęczycy;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;
- 10) Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres i w zakresie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania.

ZAPOZNAŁEM/AM SIĘ

.....
(podpis)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz.1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

PESEL.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego oraz w stosunku do dzieci w celu wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

1. Rozpoznanie choroby zgodnie z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....
.....
.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....
.....
.....

3. Ocena wyników i rokowania

.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)