

Wpłynęło dnia.....  
L. dz.....  
Odpowiedzialni:  
.....  
.....

**POWIATOWA PORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA  
99 – 100 Łęczyca, ul. Kaliska 13  
Tel. 24 – 721 – 28 – 37, e – mail: ppppleczyca@poczta.fm**

**WNIOSEK O WYDANIE INFORMACJI**

Proszę o wydanie informacji z przebiegi terapii  
logopedycznej/psychologicznej/pedagogicznej mojego dziecka

.....  
imię i nazwisko dziecka

ur. .... w ..... PESEL.....  
data urodzenia                      miejsce urodzenia

zamieszkały (a).....  
miejsce zamieszkania dziecka z **kodem pocztowym**

uczeń/uczennica\*).....klasa.....  
nazwa i adres szkoły/przedszkola

**Podpis wnioskodawcy** .....

l. ....

data.....

## 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](mailto: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)

Wpłynęło dnia.....  
L. dz.....  
Odpowiedzialni:  
.....  
Termin realizacji:.....

**POWIATOWA PORADNIA  
PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA  
99 – 100 Łęczyca, ul. Kaliska 13  
Tel. 24 – 721 – 28 – 37, e – mail: poradnialeczyca.fm**

**WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA**

**TERAPIĄ** .....  
jaka?

**INNĄ FORMĄ POMOCY** .....  
jaka?

.....  
imię i nazwisko dziecka

ur. .... w ..... PESEL.....  
data urodzenia                      miejsce urodzenia

zamieszkały (a).....  
miejsce zamieszkania dziecka z **klassem pocztowym**

syn/córka\*).....  
imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej\*)                      imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego\*)  
zamieszkałych.....  
miejsce zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych

uczeń/uczennica\*).....klasa.....  
nazwa i adres szkoły/przedszkola

z powodu .....  
podać przyczynę, dla której wnioskuje Pani/Pan o objęcie dziecka terapią/inną formą pomocy

.....  
Czy dziecko było badane?..... ewentualnie nr opinii (orzeczenia).....

*Zobowiązuję się do zapewnienia obecności dziecka na zajęciach oraz do współpracy z logopedą, psychologiem, pedagogiem – terapeutą<sup>\*)</sup>.*

*Przyjmuję się, że w przypadku dwukrotnego niestawienia się na zajęcia w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, zajęcia nie będą kontynuowane.*

Telefon kontaktowy do wnioskodawcy

Podpisy wnioskodawcy

.....

1. ....

data.....

.....  
Niepotrzebne skreślić

\*)