

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

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

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY

.....
imię i nazwisko dziecka

ur. w PESEL:
data urodzenia miejsce urodzenia

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

w sprawie.....
podać przyczynę, dla której wnioskuję Pani/Pan o przeprowadzenie badań

.....

Uzasadnienie.....

.....

.....

Czy dziecko było badane?..... Kiedy?.....

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, wniosek nie będzie rozpatrzony.

Telefon kontaktowy do wnioskodawcy

.....

Podpis wnioskodawcy _____

1.

data.....

*) Niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

WNIOSEK O WYDANIE OPINII

* Imię (imiona) i nazwisko ucznia:

* Data urodzenia:miejsce urodzenia.....PESEL.....

* Imiona rodziców:

* Dokładny adres:

* Kod pocztowy:telefon

* Nazwa szkoły/placówki:w

* Klasa:

Oświadczam, iż:

opinię odbiorę osobiście w uzgodnionym terminie

wyrażam zgodę na przekazanie opinii placówce,
do której uczęszcza dziecko

.....
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 Łęczycza;
- 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)

.....
pieczęć przedszkola/szkoły

.....
miejscowość, data

OPINIA

o sytuacji dydaktycznej i wychowawczej ucznia

§12 ust. rozporządzenia ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2020 r., poz. 1280)

dla potrzeb Powiatowej Poradni psychologiczno - Pedagogicznej w Łęczycy w celu objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

.....
Imię (imiona) i nazwisko ucznia
urodzenia

.....
data i miejsce

.....
nazwa przedszkola, szkoły, oznaczenie oddziału w szkole, do którego uczeń uczęszcza

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

1. Informacja o trudnościach w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub w szkole, w tym występujących trudnościach z funkcjonowaniem emocjonalno – społecznym

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

2. Wpływ choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia oraz ograniczenia w zakresie udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

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

3. Wskazany okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

.....
.....

4. Proponowany zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału odpowiednio w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

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

5. Informacja o działaniach podjętych przez nauczycieli lub specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia w przedszkolu, szkole, formach udzielonej pomocy psychologiczno - pedagogicznej, okresie ich udzielania i efektach podjętych działań

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

6. Działania, jakie według nauczycieli powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły

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

.....
imię i nazwisko osoby opracowującej opinię

.....
podpis dyrektora

.....
pieczęćka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Powiatowej Poradni psychologiczno - Pedagogicznej w Łęczycy w celu objęcia
dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

§12 ust. rozporządzenia ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2020 r., poz. 1280)

ze względu na stan zdrowia

**utrudniający realizację wszystkich zajęć rocznego przygotowania przedszkolnego
Lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym**

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Dziecko/uczeń

.....Ur.....

w.....

imię i nazwisko dziecka/ucznia

PESEL

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

Zamieszkały/a.....

Adres

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD

ICD.....

--

.....
.....

Okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

Zindywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla:

1. uczniów objętych **kształceniem specjalnym** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2021 r. poz. 1082)
2. uczniów objętych **indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy.