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

(miejscowość, data)

**Zgłoszenie**

**rodziców / prawnych opiekunów/ o przeprowadzenie badania w poradni psychologiczno-pedagogicznej**

**1.** **Nazwisko i imię dziecka: .......................................................................................................**

**Data i miejsce urodzenia: ...................................................................................................**

**PESEL dziecka …………………………………………………………………………….**

**Adres zamieszkania: .............................................................................................................**

**Nazwa i adres szkoły, klasa:..................................................................................................**

**2. Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów):.........................................................**

**....................................................................................................................................................**

**Miejsce zamieszkania...............................................................................................................**

**Numer telefonu.........................................................................................................................**

**3. Powód zgłoszenia dziecka do poradni – określenie problemu:**

**Badanie w związku z:**

* **oceną poziomu rozwoju dziecka**

* **trudnościami dziecka szkolnego w nauce**
* **trudnościami w czytaniu i pisaniu**
* **oceną gotowości szkolnej**
* **niepełnosprawnością dziecka:** niedowidzeniem, niedosłuchem, niepełnosprawnością ruchową, autyzmem w tym z zespołem Aspergera, upośledzeniem umysłowym, wadami wrodzonymi, ; inne……………………………………………………………………………………………………………….
* **trudnościami emocjonalnymi dziecka** (jakie?)…………………………………………...................

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* **zaburzeniami zachowania** (jakie?)……………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **wyborem szkoły lub zawodu;**
* **oceną możliwości intelektualnych dziecka zdolnego;**
* **trudnościami w mówieniu;**
* **inne**……………………………………………………………………………………………

**4. Uzasadnienie wniosku**………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**5. Czy dziecko było diagnozowane przez tutejszą poradnię?** **TAK / NIE**

**6. Załączniki :**

- ……………………………………………………………………………………………………..

-……………………………………………………………………………………………………..

- …………………………………………………………………………………………………….

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych*** *przez administratora danych;*

*PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA w LUBARTOWIE z siedzibą w Lubartowie, ul. 3-go Maja 16,*

*tel: 81 855 22 68 , mail:* [*poradnialubartow@op.pl*](mailto:poradnialubartow@op.pl)

*Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,c i art. 9 ust. 1 lit. a, b, 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 w celu realizacji zadań ustawowych i świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej.*

*Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.*

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

podpis matki (opiekuna prawnego) podpis ojca (opiekuna prawnego)