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

 (miejscowość, data)

**Wniosek**

**rodziców / pełnoletniego ucznia o wydanie opinii**

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

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

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

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

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

**2. Imiona i nazwiska rodziców:....................................................................................................**

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

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

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

**3. Cel wydania opinii:**

- wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej,

- odroczenia rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego

- zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego

- objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej

- dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia

- udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki

- przyjęcia ucznia gimnazjum do oddziału przysposabjającego do pracy

- pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadgimnazjalnej

- zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych

- objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu

- objęcia dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczna w szkole lub placówce

-o specyficznych trudnościach w uczeniu się

- zindywidualizowana ścieżka kształcenia

- inne opinie o przebadanych.

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

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**5. Załączniki :**

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

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

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

Wyrażam / nie wyrażam zgodę/y na wysłanie kopii opinii do szkoły.

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

*PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA w LUBARTOWIE z siedzibą w Lubartowie, ul. Słowackiego 7,*

*tel: 81 855 22 68 , mail:* *sekretariat@poradnialubartow.pl*

*Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,c i art. 9 ust. 2 lit. 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 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.*

*Oświadczam, że drugi rodzic dziecka/ucznia jest poinformowany o sprawie i nie wnosi sprzeciwu (art.92 §2 Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy).*

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

 podpis matki podpis ojca