……………………………………

(miejscowość, data)

**Wniosek**

**rodziców / pełnoletniego ucznia o terapię, zajęcia lub konsultacje**

**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. rodzaj terapii:**

* **terapia logopedyczna**
* **terapia psychologiczna (indywidualna, rodziny)**
* **zajęcia korekcyjno – kompensacyjne**
* **terapia dysleksji**
* **zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju w zakresie:**
  + **ogólnej stymulacji rozwoju**
  + **terapii logopedycznej**
  + **rehabilitacji ruchowej**
* **zajęcia rewalidacyjne**
* **terapia EEG Biofeedback**
* **rehabilitacja ruchowa**
* **zajęcia dla dzieci zdolnych**
* **warsztaty: „Szkoła dla rodziców i wychowawców”**
* **konsultacje dla rodziców**
* **konsultacje dla dyslektyków**
* **inne……………………………………………………………………………………...**

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

Czy dziecko uczęszczało na terapię/zajęcia w tutejszej poradni ? **TAK / NIE**

***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*](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. 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.*

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

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