…………………………………………..

(miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**O PRZEPROWADZENIE PRZESIEWOWYCH BADAŃ**

Imię i nazwisko dziecka –………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia dziecka– ……………………………………………………………..

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

Miejsce zamieszkania dziecka – ………………………………………………………………

Nazwa i adres szkoły, klasa-…………………………………………………………………….

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych) dziecka–………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania rodziców (opiekunów prawnych) dziecka– ……………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu rodziców/ opiekunów prawnych - ……………………………………………….

**Rodzaje badania**:

- przesiewowe badanie funkcji percepcyjno-motorycznych

- przesiewowe badanie programem „Słyszę”

- przesiewowe badanie logopedyczne

- przesiewowe badanie wzroku programem „Widzę”

***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.*

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

…………………………….

Podpisy rodziców