

.....  
(miejscowość, data)

**Zgłoszenie**  
**rodziców / pełnoletniego ucznia 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:**.....  
.....  
**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, niepełnosprawnością intelektualną, wadami wrodzonymi, ; inne.....
- **trudnościami emocjonalnymi dziecka (jakie?)**.....  
.....  
.....
- **zaburzeniami zachowania (jakie?)**.....  
.....  
.....
- **wyborem szkoły lub zawodu;**
- **oceną możliwości intelektualnych dziecka zdolnego;**
- **trudnościami w mówieniu;**
- **ocena procesów integracji sensorycznej**
- **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. Słowackiego 7,  
Tel.: 81 855 22 68 , mail: [sekretariat@poradnialubartow.pl](mailto: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  
uchylecia 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