……………………………………

(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 :...............................................................................................**

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

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

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

**3. rodzaj terapii:**

* **terapia logopedyczna**
* **terapia psychologiczna (indywidualna, rodziny)**
* **zajęcia korekcyjno – kompensacyjne**
* **terapia dysleksji**
* **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**

*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). *Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Poradni możliwy jest pod numerem tel. 81 855 22 68 lub adresem email : sekretariat@poradnialubartow.pl.*

*Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, e i art. 9 ust. 2 lit. g, 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. W związku z przetwarzaniem danych w celu wypełniania obowiązków wynikających z przepisów prawa odbiorcami Pani/Pana i dziecka danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu., nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Rodzicom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.* ***Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa j/w.***

Oświadczam, że posiadam pełnię władzy rodzicielskiej oraz, że drugi rodzic został poinformowany o składanym wniosku i nie wnosi sprzeciwu. (art.92 §2 Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy).

*……………………………………………….*

(podpis wnioskodawcy)