

**WYPEŁNIA PORADNIA**

Data wpływu	Nr Teczki	Nr w rejestrze

**WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY**

Kowary, dn.....

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów).....  
(adres zamieszkania rodziców).....  
(telefon kontaktowy)

**Publiczna Poradnia  
Psychologiczno- Pedagogiczna  
w Kowarach**

**WNIOSEK O OBJĘCIE BEZPOŚREDNIĄ POMOCĄ TERAPEUTYCZNĄ  
w zakresie /właściwe zaznaczyć znakiem X/:**

- Terapii PSYCHOLOGICZNEJ  
 Terapii LOGOPEDYCZNEJ  
 Terapii PEDAGOGICZNEJ DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU  
 Terapii EEG BIOFEEDBACK  
 Terapii METODĄ TOMATISA  
 Grupa wsparcia dla rodziców dzieci autystycznych  
 Grupa wsparcia dla rodziców dzieci niepełnosprawnych

Na podstawie: art. 123 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2019 r., poz. 1148 i 1078) oraz Rozp. MEN z dn. 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013r., poz. 199 z późn. zm.) **proszę o objęcie pomocą mojego dziecka lub wnioskodawcy:**

.....ur. ....W.....  
(imię i nazwisko dziecka/) (data) (miejsce urodzenia)

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkałego .....  
(adres zamieszkania dziecka)

Uczęszczającego do .....oddział/klasa.....  
(nazwa przedszkola/ szkoły)

Na podstawie opinii/ orzeczenia (właściwe podkreślić) wydanego przez .....  
**OŚWIADCZAM, że**

- Zostałem/am poinformowany/na o możliwości uzyskania pisemnej opinii/informacji po badaniach.
- Zostałem/am poinformowany/na o możliwości zasięgnięcia przez poradnię informacji o dziecku z placówki, do której uczęszcza.
- Jestem prawnym opiekunem dziecka;

**INFORMACJA O SPOSOBIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 Rozp. 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 (Dz. Urz. UE L. nr 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- administratorem danych osobowych dzieci i ich prawnych opiekunów jest Publiczna Poradnia Psych. – Pedagogiczna w Kowarach;
- dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- każdy pełnoletni uczeń, opiekun prawny posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody;
- uczeń, prawny opiekun ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

**Oświadczam i przyjmuję do wiadomości**.....  
(data, czytelny podpis)**WYPEŁNIA PORADNIA**

Forma pomocy	Termin rozpoczęcia	godzina	specjalista	Adnotacja ad. akta ( a/a)