

.....

(imiona i nazwiska rodziców /prawnych opiekunów)

telefon:

Wpłynęło: Data.....

Nr z rejestru

WNIOSEK O PRZYJĘCIE do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Żywcu

dziecka ur....., w
(imię i nazwisko) (data i miejsce urodzenia)

PESEL

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

 zamieszkałego
(adres zamieszkania dziecka)

uczęszczającego do
(nazwa i adres żłobka/przedszkola/szkoły/ placówki)

..... klasy

Powód zgłoszenia (*odpowiednie podkreślić*):

1. problemy rozwojowe małego dziecka
2. problemy w nauce (*wskazane: opinia nauczyciela*)
3. trudności w nauce czytania i pisanie oraz ortograficzne (*wskazane: opinia nauczyciela, ksero prac klasowych, zeszytów, znajomość zasad pisowni*)
4. problemy wychowawcze (*wskazane: opinia nauczyciela o trudnościach i podjętych działaniach naprawczych*)
5. ocena rozwoju
6. zaburzenia mowy (brak mowy, niewyraźna wymowa, jękanie, inne)
7. odroczenie dziecka od obowiązku szkolnego
8. kontynuacja orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/indywidualnego nauczania/zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
9. kontynuacja opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR)
10. Inne (*krótki opis*)

Czy dziecko było badane w poradni

NIE TAK w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów korzystania z pomocy Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Żywcu na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r.); Rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno- pedagogicznych, w tym poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 r.); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 25 sierpnia 2017,) oraz zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. poz. 1000 z dnia 24.05.2018 r.)

Przyjmuję do wiadomości, że o kolejności przyjęć decyduje Dyrektor Poradni po analizie sytuacji dziecka i zapoznaniu się z dostępną dokumentacją.

.....
(data i podpis rodziców / prawnych opiekunów)

WYPEŁNIA PORADNIA

Decyzja Dyrektora po analizie wniosku:

Wskazane badania:

PSYCHOLOGICZNE

PEDAGOGICZNE

LOGOPEDYCZNE

INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

ADOS-2

INNE

Wymagane uzupełnienie dokumentacji o:

OPINIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

INNE.....

.....
(podpis dyrektora)

Wyznaczono terminy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....