

Kędzierzyn – Koźle, dnia

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

(imię i nazwisko matki/opiekunki)

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

(imię i nazwisko ojca/opiekuna)

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

(nr telefonu)

rok ostatniego badania dziecka

**Zgłoszenie dziecka
do Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Kędzierzynie – Koźlu**
ul. Skarbowska 4, 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle
tel./fax 77 482 12 26

przez rodziców / opiekunów prawnych /

*Proszę o udzielenie pomocy psychologiczno – pedagogicznej mojemu dziecku / wychowankowi.**

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

(imię dziecka)

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

(nazwisko dziecka)

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

(dzień- miesiąc -rok urodzenia)

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

(miejsce urodzenia)

adres zamieszkania:

PESEL																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

(ulica)

(nr domu/mieszkania)

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

(kod)

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

(miejscowość)

Placówka, do której uczęszcza dziecko:

.....Kl.
(dokładny adres placówki)

Opis problemu:

- Trudności wychowawcze
- Problemy w rodzinie
- Ogólne trudności w nauce
- Trudności w poprawnej pisowni
- Problemy logopedyczne
- Konsultacje
- Doradztwo zawodowe
- Terapia
- Porada
- Inne

Zgłoszenie osobiste

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)

Zgłoszenie telefoniczne

Rodzic/opiekun prawny/pełnoletni uczeń został osobiście/telefonicznie poinformowany o niemożności realizacji zgłoszonego wniosku w terminie ustawowo przewidzianym art. 35 § 3 k.p.a., z powodu specyfiki procesu diagnostycznego. Ostateczny termin rozpatrzenia wniosku wyznacza się na.....

Powiadomił/ła.....

Termin badania psychologicznego..... godz.....

Termin badania pedagogicznego..... godz.....

Termin badania logopedycznego..... godz.....

Powiadomiono opiekuna prawnego..... dnia.....

Powiadomił/ła.....

Po otrzymaniu wniosku **drogą pocztową** rodzic/opiekun prawny/pełnoletni uczeń został telefonicznie poinformowany o niemożności realizacji zgłoszonego wniosku w terminie ustawowo przewidzianym art. 35 § 3 k.p.a., z powodu specyfiki procesu diagnostycznego.

Termin rozpatrzenia wniosku wyznacza się na.....

Powiadomił/ła..... dnia.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Kędzierzynie – Koźlu danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia oraz członków mojej rodziny w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania zgłoszonego problemu.

Dane osobowe przetwarzane będą w celu właściwej organizacji procesu zgłoszonego problemu w/w oraz wydania dokumentu umożliwiającego organizację właściwej pomocy w celu wydania: opinii, decyzji i nie będą udostępniane innym odbiorcom, chyba że niniejsze uprawnienie wynikać będzie z przepisu prawa.

Kędzierzyn – Koźle, dnia.....

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na pisemne zasięgnięcie informacji dotyczących funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole i rodzaju udzielonych form wsparcia psychologicznego, pedagogicznego, logopedycznego dziecku/uczniowi/rodzicom/opiekunom prawnym.

Kędzierzyn – Koźle, dnia.....

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)

Jeżeli rodzic/opiekun prawny/pełnoletni uczeń nie dotrzyma terminu badania to kolejny wyznaczony jest na jego wniosek (art. 58 k.p.a.)

Kędzierzyn – Koźle, dnia

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)