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. Skarbowa 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 rodzinny 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)

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)

W przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przesłanie wydanego orzeczenia lub opinii do przedszkola, szkoły lub ośrodka, do których dziecko lub uczeń uczęszcza lub do których zostało przyjęte przed złożeniem wniosku (*w przypadku niewyrażenia zgody wniosek pozostawia się bez rozpoznania*).

Kędzierzyn – Koźle, dnia …..... ….....
(imię i nazwisko wnioskodawcy
lub opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)