.................................................................................................... Warszawa dn. ...............................................

(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

....................................................................................................

(numer telefonu i adres poczty elektronicznej, jeżeli wnioskodawca posiada)

**WNIOSEK**

**Do Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej nr 17**

(właściwe zaznaczyć)

* o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego;
* o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania;
* o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego;
* o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych/indywidualnych;
* o wydanie opinii w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane identyfikacyjne dziecka/ucznia** | | | | | | | | | | | | | | | |
| imię (imiona) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| W przypadku braku nr PESEL seria i numer dowodu osobistego |  | | | | | | | | | | | | | | |
| data urodzenia | dzień | | | | miesiąc | | | | | rok | | | | | |
| miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | |
| adres zamieszkania |  | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa przedszkola/szkoły/placówki |  | | | | | | | | | | | oddział | | | |
| adres przedszkola/szkoły/placówki |  | | | | | | | | | | |
| nazwa zawodu(w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane rodziców/opiekunów prawnych** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Matka/opiekun prawny** | | | | | | | **Ojciec/opiekun prawny** | | | | | | | |
| imiona |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| nazwiska |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| adres zamieszkania  (jeśli jest inny od adresu zamieszkania dziecka) |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| adres do korespondencji  (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |  | | | | | | |  | | | | | | | |

1. Określenie przyczyny i celu, dla których jest niezbędne uzyskanie orzeczenia lub opinii:

……………………………………………………………………………………………………………………….……….……..……

……………………………………………………………………………………………………………………….……….……..……

1. Wcześniej wydane orzeczenia/opinie, jeśli były wydane należy wskazać nazwę poradni, w której działał Zespół wydający orzeczenie lub opinię:

………………………….…………………………………………………………………………….………………….….……………

………………………………………………………………………………………………..……………..…………………………….

1. Informacja o stosowanych metodach komunikowania się w przypadku, gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji – ACC lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:

…………………………………………………………………………………………………………………..……………..…………

1. Do wniosku załączam wyniki aktualnych badań (właściwe podkreślić): lekarskich; psychologicznych; pedagogicznych; logopedycznych; zaświadczenie lekarskie dla potrzeb wydania orzeczenia; poprzednio wydane orzeczenia lub opinie, jeśli zostały wydane inne (wymienić jakie):

……………………………………………………………………………………………………………..……………..……..

1. OŚWIADCZAM, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu Zespołu w dniu ………………..…………..w części dotyczącej mojego dziecka i zajęcia stanowiska w jego sprawie.
2. OŚWIADCZAM, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia, lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem\*
3. WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego nauczyciela, wychowawcy grupy wychowawczej i specjalisty, prowadzącego zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce\*

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego asystenta nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystentem wychowawcy świetlicy\*,

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego pomocy nauczyciela\*,

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego asystenta edukacji romskiej wyznaczonego przez dyrektora szkoły/placówki\*;

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego innej osoby,   
w szczególności psychologa, pedagoga, logopedy, lekarza lub innego specjalisty\*.

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej\*.

1. OŚWIADCZAM, że orzeczenie odbiorę/nie odbiorę osobiście w terminie **7 dni** od dnia wydania orzeczenia lub opinii\* do dnia ………………………….

\* *podkreślić właściwe*

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że:**

1. administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 17, z siedzibą przy ul. Żegańskiej 1a, 04-713 Warszawa;
2. przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tj. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej (Dz.U. 2022 poz. 2597 ze zm.), Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2021 poz. 1082 ze zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. 2017 poz. 1647 ze zm.), w powiązaniu z art. 6 ust. 1 lit. c RODO\* (przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze), a także w celach archiwalnych zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U 2020 poz. 164);
3. dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji;
4. mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni;
5. podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
6. w przypadku podejrzenia, że dane moje i mojego dziecka przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa, mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
7. kontakt do inspektora danych osobowych Poradni: Poradni za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod.wawer@edukompetencje.pl

\*Rozporządzenie 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 119 z 04.05.2016

…………………………………………..……….…. …………………..……………………………………..…

(podpis wnioskodawcy) (data i podpis osoby przyjmującej wniosek)