**Karta zgłoszenia dziecka/ucznia (pełnoletniego)**

i zgoda na badanie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej 21-040 Świdnik, ul. C.K. Norwida 2a, tel. 81 751 52 36, e-mail: [info@poradnia.swidnik.pl](mailto:info@poradnia.swidnik.pl), adres strony internetowej www.poradnia.swidnik.pl

…………………………………………………………

*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)*

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie diagnozy (psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej) mojego dziecka w tutejszeplacówce oraz na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka w tym celu.

…………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko dziecka*

data:………………………. podpis:…………………………...

1. **Dane osobowe ucznia/dziecka:**

imię i nazwisko:……………………………………………………data urodzenia ………………………….. miejsce urodzenia:…………………………………………...... **PESEL:** ….…………….…………..…..……….

adres zamieszkania:……………………………………………. nr tel. rodzica …………………..………………

szkoła /placówka:…………………………….…..…………….….. kl. .………....lub klasa integracyjna…..……

1. **Powód zgłoszenia na badania** (proszę podkreślić):

* trudności w nauce – przedmioty sprawiające trudności …………………………………………………

…………………………………………………….**(dodatkowo należy dostarczyć opinię nauczyciela)**

* trudności w poprawnym pisaniu /dysgrafia – „brzydkie pismo”, dysortografia – błędy w pisaniu

(**dodatkowo należy dostarczyć opinię polonisty i zeszyt języka polskiego**)

* trudności wychowawcze - czego dotyczą?..................................................................................................
* problemy emocjonalne (np. dziecko nieśmiałe, nerwowe itp.) …..............................................................
* diagnoza predyspozycji edukacyjno-zawodowych i pomoc w wyborze szkoły
* problemy logopedyczne:
* trudności z wymową
* jąkanie, zacinanie się
* dojrzałość szkolna – do podjęcia nauki w klasie I-szej szkoły podstawowej
* wykonanie diagnozy psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania orzeczenia do kształcenia indywidualnego w domu dla dzieci chorych lub kształcenia specjalnego (dysfunkcje wzroku, słuchu, upośledzenie umysłowe, niepełnosprawność ruchowa) (**formularze do wypełnienia przez lekarza należy pobrać w sekretariacie poradni**)
* inne (jakie?)…………………………………………………..................................................................

1. Czy dziecko było wcześniej badane w poradni? (proszę podkreślić):

* tak (w którym roku?)..........................................nr karty…....................................... nie

1. Czy dziecko uczęszczało na terapię w PP-P ……………………..………………..………………

(imię i nazwisko osoby prowadzącej terapię)

1. **O terminie badań rodzic/uczeń powinien dowiedzieć się telefonicznie w poradni.**

**Osoby badające:**

1……………………………………. 2………………………………. 3………………………….………….

**Termin i godz. badania:**

1…………………………….………. 2………………………………. 3…………………………………….