

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, adres strony internetowej www.poradnia.swidnik.pl

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

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

.....
(imię i nazwisko dziecka)

data:.....

podpis:.....

I. Dane osobowe ucznia/dziecka:

imię i nazwisko:.....data urodzenia

miejsce urodzenia:..... PESEL:

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

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

II. 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?).....

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

- tak (w którym roku?).....nr karty..... nie

IV. Czy dziecko uczęszczało na terapię w PP-P

(imię i nazwisko osoby prowadzącej terapię)

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

Osoby badające:

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

Termin i godz. badania:

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