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

…………………………………………………………

 *(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)*

…………………………………………………………………..

 *(imię i nazwisko dziecka*)

data:………………..………….

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…………………………………….

Wyrażam zgodę na badania dziecka w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świdniku oraz na przetwarzanie danych osobowych, o których mowa w art. 4 pkt 11 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) w celu przeprowadzenia diagnozy, wydania opinii, orzeczenia, udzielania pomocy lub wsparcia, realizowania zadań profilaktycznych oraz wspierających pracę placówek oświatowych.

 **-------------------------------------------------**

 (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Wykorzystanie wizerunku dziecka**

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\***

*(Na podstawie ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, tj. Dz.U. z 2019 r., poz. 1231 na nieodpłatne, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania, rozpowszechnianie wizerunku mojego dziecka utrwalonego na fotografiach i materiałach wideo, podczas realizacji działalności statutowej Poradni w tym zajęć, spotkań, i innych wydarzeń, według następujących sposobów rozpowszechniania: publicznie dostępna strona internetowa Poradni i organu prowadzącego, fanpage na portalu Facebook, kronika szkoły oraz tablice ogłoszeń w siedzibie Poradni, materiały drukowane (gazetka, plakaty, ulotki, broszury), oraz związane z tym przetwarzanie danych osobowych (tj. wizerunku) w celu promowania działalności Poradni oraz organu prowadzącego – Powiat Świdnicki w Świdniku. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć.*

 **-------------------------------------------------**

 (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*Niepotrzebne skreślić

Administratorem danych Pani/Pana i dziecka jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Świdniku, ul. Norwida 2a, 21-040 Świdnik.

Kontakt do naszego inspektora danych osobowych: iod@poradnia.swidnik.pl

Dane podane przez Panią/Pana na formularzu będą przetwarzane w celu procedowania wniosku.

Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych dostępne są w sekretariacie oraz na <https://poradnia.swidnik.pl/>