

Świdnik, dnia .....

**ZESPÓŁ ORZEKAJĄCY DZIAŁAJĄCY  
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ  
W ŚWIDNIKU**

**WNIOSEK  
O WYDANIE ORZECZENIA/OPINII WWR**

**Wnoszę o wydanie:**

***orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych, opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (podkreślić właściwe) dla :***

**Imię (imiona) i nazwisko dziecka**

.....

Data urodzenia dziecka:..... miejsce urodzenia .....

Pesel dziecka: .....

Adres zamieszkania :

.....  
.....

Nazwa i adres przedszkola/ośrodka:

.....

**Imiona i nazwiska rodziców:**

.....

Adres zamieszkania :

.....

Adres do korespondencji :

.....

Adres poczty elektronicznej: .....

Numer telefonu: .....

**OKREŚLENIE PRZYCZYNY I CELU, dla których jest niezbędne uzyskanie orzeczenia/opinii:**

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

Ze względu na :

**właściwe podkreślić (dotyczy orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)**

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia:

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- j) z niepełnosprawnością sprzężoną<sup>1</sup>.....

**Informacja o poprzednio wydanych dla dziecka orzeczeniach lub opiniach:**

(jeżeli takie zostały wydane, wraz ze wskazaniem nazwy poradni, w której działał zespół, który wydał orzeczenie lub opinie, a w przypadku opinii wydanych przez zespół opiniujący działający w niepublicznej poradni psychologiczno – pedagogicznej – nazwy niepublicznej poradni psychologiczno – pedagogicznej)

.....  
.....

**Informacja o stosowanych metodach komunikowania się:**

(w przypadku, gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji np. AAC lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym)

.....

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

**Oświadczam, iż drugi rodzic - opiekun prawny został poinformowany o złożonym wniosku i nie wyraża w tej sprawie zdania odmiennego (wypełnić w przypadku podpisu jednego rodzica)**

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

<sup>1</sup> Wskazać współwystępujące niepełnosprawności, o których mowa w lit. a-i.

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że jestem (wpisać właściwe) : .....  
(rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem, prawnym opiekunem dziecka, osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem).

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, o których mowa w art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922), w celu wydania orzeczenia lub opinii.

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

4. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na uczestniczenie w posiedzeniu zespołu orzekającego wyznaczonego przez dyrektora przedszkola/ośrodka pracownika zgodnie z §4 ust. 4 pkt 1 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 (Dz. U. z 2017r. poz. 1743)

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

5. Wnioskuje/nie wnioskuje i wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na uczestniczenie w posiedzeniu zespołu orzekającego innego specjalisty w osobie:

.....  
( imię i nazwisko, adres do korespondencji)  
zgodnie z §4 ust. 4 pkt 2 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 (Dz. U. z 2017r. poz. 1743)

**Podpis wnioskodawcy:**

.....

**Dostarczone załączniki uzasadniające wniosek:**

(w szczególności wydane przez specjalistów opinie, zaświadczenia oraz wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich, dokumentacja medyczna dotycząca leczenia specjalistycznego oraz poprzednio wydane orzeczenia lub opinie, jeżeli takie zostały wydane):

.....

.....

.....

Wniosek wraz z załącznikami przyjęty przez ..... w dniu .....  
(podpis pracownika PPP)