Ząbkowice Śl. dn.……

WNIOSKODAWCY:

1) Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego:	2) Imię i Nazwisko ojca/opiekuna prawnego:	3) Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia:
……	……	……
…….	…….	……...
	……..	
Adres zamieszkania:	Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
……	……	……
……...	…….	……..……
	……	…..
Adres do korespondencji	Adres do korespondencji	Adres do korespondencji
……	……	……
……. ……..	……. …….	…….
		……..
Adres poczty elektronicznej/ numer telefonu	Adres poczty elektronicznej/ numer telefonu	Adres poczty elektronicznej/ numer telefonu
……	……	……
……. ……...	……	…….
	……	……..

ZGŁOSZENIE NA BADANIE/ TERAPIĘ /właściwe podkreślić/
DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W ZĄBKOWICACH ŚL.
/WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOLETNI UCZEŃ/

- imiona i nazwisko dziecka ….....**PESEL** ….....…
- data urodzenia …..... miejsce urodzenia ….....
- imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych ….....
- adres zamieszkania dziecka….....
- przedszkole/szkoła (nazwa i adres) …… ….....…….

….....…….klasa.....…..

- czy dziecko było wcześniej badane psychologiczne/pedagogicznie/logopedycznie (jeśli tak, to gdzie i kiedy) ….....……...

Uzasadnienie zgłoszenia (krótki opis trudności dziecka z obserwacji rodzica/opiekuna prawnego)

….....

.....

.....…..

….....…

.....

.....…

….....

.....……..WYPEŁNIĆ NA ODWROCIE

…….....

.....

1.Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na konsultowanie spraw mojego dziecka z uczącymi je nauczycielami przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej:
2.Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na nagrywanie wideo prowadzonego badania, w tym wizerunku dziecka. Nagranie wynika z metodyki prowadzonych badań i nie będzie nigdzie udostępniane, a posłuży jedynie do odpowiedniego przeprowadzenia badania i interpretacji jego wyników.
3.Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych osobowych w celu wydania opinii, na podstawie art. 6 ust.1, lit. a RODO.

właściwe zaznaczyć

Oświadczenie o przyczynie braku złożenia podpisu przez drugiego rodzica

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że drugi rodzic mojego syna/córki
Imiona i nazwisko dziecka …….
Imię i nazwisko drugiego rodzica ……..
nie złoży podpisu do oświadczeń.

Przyczyna braku złożenia podpisu:
……...
……...
……...
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……
/czytelny podpis wnioskodawcy/

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:
Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego z siedzibą w Ząbkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Adama Mickiewicza 10. Z administratorem można skontaktować się mailowo: poradnia@centrumporadnictwa.com lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: iod@zabkowice-powiat.pl. Dane przetwarzane są dla celów związanych z przeprowadzeniem badań lub prowadzeniem terapii, na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) oraz ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. Dane osobowe nie będą udostępnianie innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.centrumporadnictwa.com w zakładce „RODO” .

Dokumentacja dołączona do zgłoszenia:
1/ ….....

2/ ….....

3/ ….....….

4)…….

1) ……. 2) …… 3) …….
/podpis matki/opiekuna prawnego/ */podpis ojca/opiekuna prawnego/* */podpis pełnoletniego ucznia/*