

ZGŁOSZENIE SKŁADA RODZIC/PRAWNY OPIEKUN/PEŁNOLETNI UCZEŃ
NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia)

Adres

Telefon: Adres email:.....

ZGŁOSZENIE

Do Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej w Grudziądzu, ul. Korczaka 23

1. Zgłaszam do poradni dziecko/siebie (dotyczy pełnoletniego ucznia):¹ - **wypełnić drukowanymi literami**

Nazwisko i imię/imiona dziecka/ucznia uczennicy										
Data i miejsce urodzenia										
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres zamieszkania zgłaszanego dziecka/ucznia										
Imiona i nazwiska opiekunów prawnych i stopień pokrewieństwa										
Szkoła/przedszkole, do którego uczęszcza zgłaszany – nazwa i adres									KLASA	

2. Powód zgłoszenia:¹

- Nieprawidłowości w rozwoju małego dziecka
- Gotowość szkolna (przed rozpoczęciem nauki w kl. I SP)
- Uogólnione trudności w nauce
- Trudności w nauce czytania/pisania/ (dysleksja rozwojowa)²
- Trudności w nauce matematyki (dyskalkulia)²
- Trudności w zachowaniu, problemy wychowawcze
- Trudności emocjonalne
- Konsultacja logopedyczna/neurologopedyczna
- Szczególne uzdolnienia
- Konsultacja z doradcą zawodowym
- Diagnoza dziecka z niepełnosprawnością (podać jaką?).....
- Kontynuacja kształcenia specjalnego
- Zezwolenie na zatrudnienie młodocianego pracownika
- Inne (podać jakie?).....

3. Do zgłoszenia dołączam kserokopie:

- Opinia ze szkoły
- Zaświadczenie lekarskie/wyniki badań/wypisy ze szpitala/
- Wyniki badań specjalistycznych (pedagogicznych, psychologicznych, logopedycznych) przeprowadzonych poza poradnią

4. Czy zgłaszany był pod opieką poradni psychologiczno –pedagogicznej:

¹ Właściwie podkreślić

² W przypadku ucznia szkoły ponadpodstawowej konieczna decyzja Rady Pedagogicznej w powyższej sprawie

- TAK – Poradnia Psychologiczno –Pedagogiczna ul. Korczaka 23 w Grudziądzu
 - TAK – inna poradnia, podać jaka.....
 - NIE
5. Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucniem, prawnym opiekunem dziecka/ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucniem.(do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający prawną opiekę nad dzieckiem w przypadku gdy pieczy zastępczej)³
 6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niezłożenia przeze mnie opinii nt. funkcjonowania dziecka w szkole/przedszkolu poradnia może zwrócić się do szkoły/przedszkola o jej wydanie.
 7. Przyjmuje, do wiadomości, że mam prawo zmienić dane przekazane poradni, a także wycofać zgłoszenie oraz zrezygnować z usług poradni.
 8. Oświadczam, że dane podane przeze mnie we wniosku są prawdziwe.
 9. **Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie do poradni nie jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o wydanie opinii/orzeczenia.**
 10. Zgodnie z wymogami art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Grudziądzu, ul. Korczaka 23 danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji, a także na wykorzystywanie ich do kontaktu ze mną w celach informacyjnych dot. ww. procesu.

Informacje organizacyjne:

- *pracownik poradni podejmuje kontakt ze zgłaszającym w celu umówienia wizyty w ciągu miesiąca od dnia wpłynięcia zgłoszenia do rejestracji (w okresie trwania ferii letnich okres ten może wydłużyć się – nastąpi najpóźniej w pierwszych dniach września); w wypadku braku kontaktu ze strony poradni we wskazanym wyżej terminie – prosimy o kontakt telefoniczny z rejestracją poradni celem wyjaśnienia sytuacji (tel.56 46 44805 56 4644807),*
- *w przypadku gdy dziecko/uczeń podlegający procedurze diagnostycznej w tutejszej Poradni **nie jest w stanie pozostać samodzielnie w poczekalni, rodzic/opiekun proszony jest o przybycie na badanie z drugim opiekunem,** który zapewni dziecku opiekę podczas przeprowadzania wywiadu/omawiania wyników. W przypadku braku drugiego opiekuna przyjmuje do wiadomości, iż procedura diagnostyczna może ulec wydłużeniu.*

.....
Data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

WYPEŁNIA PRACOWNIK PORADNI			
<i>Data wpłynięcia zgłoszenia</i>		<i>Podpis przyjmującego</i>	
<i>Numer zgłoszenia</i>			
<i>Dekretacja</i>		<i>Podpis dekretującego</i>	
<i>Umówiony termin wizyty</i>		<i>Podpis osoby umawiającej</i>	

Dodatkowe adnotacje pracownika Poradni:

³ Właściwie podkreślić