**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 4 im. Jerzego Ciesielskiego w Lublinie**

……………………………….….. ….………………….……….

*imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia\* data zgłoszenia*

ZGŁOSZENIE DZIECKA/UCZNIA NA BADANIE

**1. Dane zgłaszanego dziecka/ucznia\*:**

Imię/imiona i nazwisko ...............................................................................................................

...............................................……………………….…………………………...........................

 *data urodzenia miejsce urodzenia PESEL*

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

 *ulica miejscowość kod*

Nazwa i adres przedszkola/szkoły\*............................................................................................

………………………………………………………………………….……..……………….

Klasa/grupa przedszkolna\*………………………………………..………………….….........

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów\*, miejsce zamieszkania............................

…………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy ………………………………………………………………………….

**2. Powód zgłoszenia – proszę zaznaczyć właściwy**

 ogólne trudności w nauce

 trudności w czytaniu i/lub w pisaniu\*

 problemy emocjonalne/wychowawcze\*

 zdolności, w tym indywidualny program/tok nauki\*

 zindywidualizowana ścieżka kształcenia/realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego\*

 ocena gotowości szkolnej dziecka

 zaburzenia mowy, języka, i komunikacji

 wybór szkoły/zawodu\*

 inny powód – proszę określić jaki……………………………………………………..

**3. Uzasadnienie zgłoszenia dziecka/ucznia na badania**

………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..…….……………………………………………………….………………………………………...

**4. Czy dziecko/uczeń\* był badany w poradni psychologiczno-pedagogicznej – jeśli tak to z jakiego powodu ?**

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

**5. Załączniki:**

1. ………………………………………………………………………………………………...…………….

2. ………………………………………………………………………………………………………….………...

3.…………………………………………………………………………………………………………………

 ***Zostałem/-łam poinformowany/-a, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka/ucznia, poradnia może się zwrócić do dyrektora przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko/uczeń, o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.***

***Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na umówiony termin badania, bez wcześniejszego powiadomienia o tym poradni, zgłoszenie nie będzie realizowane.***

………………………………………………………………………………………………

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego dziecka\* przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną nr 4 im. Jerzego Ciesielskiego w Lublinie, w celu właściwej organizacji procesu badania. Oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-a, iż zgromadzone dane nie będą przekazywane podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy przepisów prawa oraz, że mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. ( zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 28.sierpnia 1997r., Dz. U. Nr 133, Poz. 883 )*

***Oświadczam, że:******( proszę wybrać jedną z poniższych możliwości)***

 jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem / opiekunem prawnym\*, a drugi rodzic / opiekun prawny\* został poinformowany o zgłoszeniu dziecka do Poradni i nie zgłasza w tym zakresie sprzeciwu.

 jestem jedynym rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem / jedynym opiekunem prawnym dziecka\*.

 jestem osobą sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem i mam prawo do podejmowania decyzji związanych z edukacją dziecka.

 jestem osobą pełnoletnią i nie wyrażam zgody na reprezentowania mnie przez rodziców/ opiekunów prawnych.

 jestem osobą pełnoletnią i wyrażam zgodę by we wszystkich działaniach związanych z pomocą udzielaną przez Poradnię reprezentował mnie rodzic / opiekun prawny \* (*imię i nazwisko* ) ....................…………………………………………………………………

*Lublin, dn. ..................................*

 ..………………........................................................................ c*zytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia\**

**\* Niepotrzebne skreślić**

**Podstawa prawna:** *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 9 sierpnia 2017 r., w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* *(Dz. U. z 2017 r., poz. 1591).*

Opracowała: Maria Krajewska PP-P nr 4 w Lublinie