Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
Powiatu Warszawskiego Zachodniego im. Ireny Sendlerowej

....., dn. .....

WNIOSEK

Wnioskodawca:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(numer telefonu oraz adres e-mail)

Wnioskuję o przeprowadzenie*:

- diagnozy (psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej)
- diagnozy związanej z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej
- porady bez badań (psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych)
- terapii
- warsztatów dotyczących……

Dane Dziecka:

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły, klasa .....

.....

Dziecko było już kiedyś przyjęte w Poradni: **TAK*** **NIE***

POWÓD ZGŁOSZENIA*:

- ogólne trudności w nauce
- trudności w pisaniu i czytaniu
- trudności wychowawcze
- trudności emocjonalne
- nieprawidłowa mowa
- określenie poziomu rozwoju dziecka
- inny: ….....

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka jest Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Błoniu, w imieniu którego działa Dyrektor. Kontakt z Dyrektorem: ul. Piłsudskiego 10A, 05-870 Błonie, mail: sekretariat@zpppblonie.pl, tel.: (22) 725-46-11. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: jrkdoradztwo@gmail.com lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Pani/Pana dane osobowe są gromadzone, przetwarzane i przechowywane w celu organizacji i prowadzenia kompleksowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci i młodzieży. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez ZPP-P znajduje się na naszej stronie internetowej www.zpppblonie.pl na dole strony w zakładce RODO.

- **Wyrażam zgodę na kontakt pracownika Poradni ze szkołą/przedszkolem** **TAK / NIE***

……..
Data złożenia wniosku i podpis rodzica/opiekuna

*Podkreślić prawidłowe

* Tabelkę wypełnia pracownik poradni

Metryka Sprawy *

Oznaczenie sprawy	
Tytuł sprawy	

Lp.	Data podjętej czynności	Oznaczenie osoby podejmującej daną czynność	Określenie podejmowanych czynność	Uwagi planowane działania

Data zakończenia sprawy ……..

Zalecenia do realizacji w Poradni ……

……..

……..