

*Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
w Słupsku
ul. Narutowicza 9*

PESEL DZIECKA/UCZNIĄ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON KONTAKTOWY DO WNIOSKODAWCY :

WNIOSEK

rodziców (opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia) o przeprowadzenie badań integracji sensorycznej w Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej.

Proszę o przeprowadzenie badań integracji sensorycznej.

.....ur. W

(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałemu.....

miejsce zamieszkania dziecka

uczniowi szkoły.....

nazwa, adres i numer szkoły

klasy..... uzasadnienie.....

.....

podać przyczynę dla której wnioskuję pani / pan o badanie integracji sensorycznej

.....

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie bez wcześniejszego powiadomienia poradni (osobiście lub telefonicznie 0598456020) wniosek pozostanie nierozpatrzoney.

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni wniosek podpisuje sam uczeń.....

(podpis ucznia)

Imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego).....podpis.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki prawnej).....podpis.....

PROSZĘ O ZAPOZNANIE SIĘ Z OŚWIADCZENIEM NA OSTATNIEJ STRONIE WNIOSKU

Oświadczenie informacyjne

Zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, póź. 926 z póź. zmianami) informujemy Pana/Panią, że Administrator danych osobowych tj. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9, zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci.

Niniejszym oświadczam, że:

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U.2014.1182.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Narutowicza 9 w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko/dziecko którego jestem reprezentantem ustawowym. Oświadczam także, że zostałam/łem pouczony o przysługujących mi uprawnieniach w zakresie możliwości wglądu do gromadzonych danych oraz o możliwości ich uzupełniania, uaktualniania oraz żądania prostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.

.....
czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia

ADNOTACJE PORADNI	ADNOTACJE PORADNI
Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)	Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)
Dniao godzinie.....	Dniao godzinie.....
powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)	powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)
..... czytelny podpis osoby powiadamiającej czytelny podpis osoby powiadamiającej
ADNOTACJE PORADNI	ADNOTACJE PORADNI
Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)	Ustalono termin diagnozy na..... (data/godzina)
Dniao godzinie.....	Dniao godzinie.....
powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)	powiadomiłem/am telefonicznie..... (kogo)
..... czytelny podpis osoby powiadamiającej czytelny podpis osoby powiadamiającej

adnotacja osoby diagnozującej:
uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:
uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:
uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....

adnotacja osoby diagnozującej:
uczeń nie zgłosił się na diagnozę w dniu.....czytelny podpis.....