

WNIOSEK

DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ROPCZYCACH

I. DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia dziecka: _____

Miejsce urodzenia: _____

PESEL: _____

(w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość)

Adres zamieszkania: ul. _____

kod pocztowy: _____ miejscowość: _____

Nazwa i adres przedszkola/szkoły lub ośrodka, do którego uczęszcza

oddział/klasa _____ Nazwa zawodu _____

*(w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)***II. DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

		MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO	OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO
ADRES ZAMIESZKANIA	IMIĘ I NAZWISKO		
	ULICA		
	KOD POCZTOWY		
	MIEJSCOWOŚĆ		
	TELEFON		
	ADRES e-mail		
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):			

WSKAZANIE, KTÓREMU Z WNIOSKODAWCÓW/RODZICÓW

PRZEKAZUJE SIĘ ORZECZENIE LUB OPINIĘ w przypadku wnioskodawców będących rodzicami niepełnoletniego dziecka lub ucznia – wskazanie, któremu z wnioskodawców przekazuje się orzeczenie lub opinię, przy czym drugi z wnioskodawców zachowuje prawo do otrzymania kopii orzeczenia lub opinii, o którym mowa w § 30 ust. 7

III. INFORMACJA O POPRZEDNIO WYDANYCH DLA DZIECKA/UCZNIĄ ORZECZENIACH LUB OPINIACH – jeżeli takie zostały wydane:

Data wydania ostatniego orzeczenia/opinii: _____

Nazwa poradni w której działał zespół, który wydał orzeczenie lub opinię: _____

IV. PRZYCZYNY I CEL, DLA KTÓRYCH JEST NIEZBĘDNE UZYSKANIE ORZECZENIA LUB OPINII orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z powodu: (*podkreślić przyczynę*)

- a) niesłyszenie,
- b) słabe słyszenie,
- c) niewidzenie,
- d) słabe widzenie,
- e) niepełnosprawność ruchową, w tym afazję,
- f) niepełnosprawność intelektualną,
- g) autyzm, w tym zespół Aspergera,
- h) niedostosowanie społeczne;
- i) zagrożenie niedostosowaniem społecznym

 orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych zespołowych/ indywidualnych (tylko w przypadku głębokiej niepełnosprawności intelektualnej) opinii o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka WWR**V. INFORMACJA O STOSOWANYCH METODACH KOMUNIKOWANIA SIĘ** – w przypadku, gdy dziecko/uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC) lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:_____
_____**VI. INFORMACJE O SPECYFICZNYCH POTRZEBACH LUB ZACHOWANIU DZIECKA**

Prosimy o informację, czy u dziecka występują (*podkreśli jeśli tak*) zachowania agresywne (np. wobec innych osób lub przedmiotów), silne reakcje emocjonalne (np. krzyk, płacz, wybuchy złości), trudności w rozstaniu z rodzicem, nadwrażliwość na dźwięki, światło, dotyk, trudności w komunikowaniu się, lęk przed nowymi sytuacjami lub osobami, inne zachowania, które mogą mieć znaczenie podczas badania _____

Proszę wskazać, co pomaga dziecku się wyciszyć lub poczuć bezpiecznie _____

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

VII. Oświadczenia

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (podkreśl właściwe) na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego z głosem doradczym, na wniosek przewodniczącego zespołu:

- nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce,
- pomocy nauczyciela,
- osoby władającej językiem kraju pochodzenia dziecka lub ucznia, o której mowa w art. 165 ust. 8 ustawy,
- asystenta międzykulturowego,
- asystenta edukacji romskiej,
- tłumacza języka migowego lub innych form komunikacji
- wyznaczonych przez ich dyrektora.

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

Wyrażam zgodę na / nie wyrażam zgody na* (podkreśl właściwe) na udział w posiedzeniu zespołu innych osób, których wiedza o dziecku może być istotna dla oceny jego funkcjonowania (np. lekarza, terapeuty)

(imię, nazwisko – adres, nr telefonu)

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

Oświadczam, że jestem:

- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską
 prawnym opiekunem dziecka
 osobą sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (podkreśl właściwe) na przestanie wydanego orzeczenia/opinii do przedszkola, szkoły lub ośrodka, do którego uczęszcza dziecko / zostało przyjęte (w przypadku niewyrażenia zgody wniosek pozostawia się bez rozpoznania)

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (podkreśl właściwe) na doręczanie pism związanych ze sprawą za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

VIII. Załączniki do wniosku

Do wniosku dołączam dokumentację uzasadniającą wniosek:

- dokumentację medyczną dotyczącą leczenia, w tym specjalistycznego;
- wyniki dotychczasowych badań: psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych;
- poprzednio wydane orzeczenia lub opinie, wydane w innej poradni
- inne dokumenty istotne dla rozpatrywanego wniosku _____

IX. Zostałam/em poinformowana/y, że:

1. Poradnia przyjmuje wnioski wyłącznie z dokumentacją uzasadniającą. W przypadku wniosku niekompletnego lub niedostatecznie uzasadnionego przewodniczący zespołu może wezwać wnioskodawcę do uzupełnienia dokumentacji w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania.
2. W celu uzyskania charakterystyki funkcjonowania dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce przewodniczący zespołu zwraca się do właściwego dyrektora o przekazanie opinii o funkcjonowaniu dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, w tym o trudnościach oraz mocnych stronach i uzdolnieniach dziecka lub ucznia rozpoznanych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem, informując o tym wnioskodawcę pisemnie lub w innej formie uzgodnionej z wnioskodawcą. O wydanie opinii może również zwrócić się wnioskodawca.

1. _____ 2. _____
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów, osoby lub podmiotu sprawującego pieczę zastępczą lub pełnoletni uczeń)

X. Brak podpisu drugiego rodzica (jeśli dotyczy)

Oświadczam, że drugi rodzic nie może złożyć podpisu lub wymaganych oświadczeń z powodu:

_____ Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

1. _____
(podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna:

Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Ropczycach. Celem przetwarzania danych osobowych jest wydanie orzeczenia/opinii przez Zespół Orzekający w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ropczycach. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Panu/Pani prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO. Niniejsza informacja ma charakter ogólny. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ropczycach (www.poradniapp.spropczyce.pl) w zakładce Ochrona danych osobowych oraz w siedzibie Poradni.