

Wypełnia pracownik poradni
...../20.....
Data wpływu wniosku:
Przyjmujący wniosek:

Mińsk Mazowiecki, dn.

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
w Mińsku Mazowieckim
ul. Konstytucji 3-go Maja 16
05-300 Mińsk Mazowiecki

**WNIOSEK O OBJĘCIE POMOĄĄ PORADNI
dziecka/ucznia niepełnoletniego**

1. Imię i nazwisko dziecka:		
2. Data i miejsce urodzenia dziecka:		
3. PESEL dziecka:		
4. Miejsce zamieszkania dziecka:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
5. Dane placówki do której uczęszcza dziecko/uczeń		
Nazwa przedszkola/szkoły/placówki:		
6. Adres przedszkola/szkoły/placówki:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Oznaczenie klasy (grupy), do której uczeń uczęszcza – profil klasy:		
7. Dane rodziców (prawnych opiekunów dziecka):		
Imię i nazwisko matki (prawnej opiekunki):	Telefon kontaktowy:	
Imię i nazwisko ojca (prawnego opiekuna):	Telefon kontaktowy:	
8. Miejsce zamieszkania matki (prawnej opiekunki):		
9. Miejsce zamieszkania ojca (prawnego opiekuna):		

Czy wnioskodawca był badany w poradni:

TAK* _____
(proszę podać datę, ewentualnie rok)

NIE*

POWÓD ZŁOŻENIA WNIOSKU*:

<input type="checkbox"/> ogólne trudności w nauce, <input type="checkbox"/> trudności w pisaniu i czytaniu, <input type="checkbox"/> trudności w nauce matematyki, <input type="checkbox"/> trudności wychowawcze, <input type="checkbox"/> problemy emocjonalne, <input type="checkbox"/> trudności w mówieniu/ nieprawidłowa mowa	<input type="checkbox"/> gotowość szkolna/odroczenie, <input type="checkbox"/> konsultacja/rozmowa/porada, <input type="checkbox"/> indywidualny tok nauki/program nauczania, <input type="checkbox"/> interwencja kryzysowa, <input type="checkbox"/> badanie kontrolne, <input type="checkbox"/> badanie poziomu rozwoju dziecka, <input type="checkbox"/> doradztwo zawodowe	<input type="checkbox"/> nauka w szkole, w oddziale przysposabiającym do pracy, OHP <input type="checkbox"/> terapia pedagogiczna, <input type="checkbox"/> terapia psychologiczna, <input type="checkbox"/> terapia logopedyczna, <input type="checkbox"/> inny _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* właściwie zaznaczyć stawiając w kratce znak X

.....
(podpis wnioskodawcy)

Informacje dla wnioskodawców

1. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadkach losowych rodzic/klient **zobowiązany jest niezwłocznie** i jeśli to możliwe z odpowiednim wyprzedzeniem poinformować telefonicznie Poradnię o nieobecności w wyznaczonym terminie. W takiej sytuacji ustalany jest wyjątkowo dodatkowy termin badania, porady, konsultacji lub terapii. **Nie zgłoszenie się w dodatkowo wyznaczonym terminie bez uzasadnienia jest równoznaczne z rezygnacją z realizacji wniosku.**
2. **Jeżeli w wyznaczonym przez poradnię pierwszym terminie klient nie zgłosi się na badania bez poinformowania o przyczynie nieobecności będzie to równoznaczne z rezygnacją z realizacji wniosku.**
3. Poradnia rozpatruje wnioski dotyczące uczniów uczęszczających do szkół i placówek mających swoją siedzibę w obwodzie miast: Kałuszyn, Mińsk Mazowiecki, Mrozy oraz gmin: Cegłów, Dobre, Dębe Wielkie, Jakubów, Kałuszyn, Latowicz, Mińsk Mazowiecki, Mrozy, Siennica i Stanisławów.
4. W przypadku dzieci nieuczęszczających jeszcze do szkoły, Poradnia rozpatruje wnioski ze względu na miejsce zamieszkania dziecka w w/w miastach i gminach.
5. Składając wniosek należy dokładnie i czytelnie wypełnić wszystkie informacje, a w szczególności **dane dziecka i dane wnioskodawcy.**
6. Konieczne jest podanie **aktualnego numeru telefonu** kontaktowego wnioskodawcy ponieważ o wyznaczonym terminie informujemy wnioskodawcę **telefonicznie.**
7. W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych uczennicy/ucznia, specjaliści **mogą zasięgnąć opinii** nauczycieli szkoły/wychowawców placówki, do której dziecko uczęszcza/w której przebywa, informując o tym wnioskodawcę.
8. Poradnia wydaje opinię w terminie nie dłuższym niż 30 dni, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w terminie nie dłuższym niż 60 dni, od dnia złożenia wniosku. Wniosek powinien zawierać uzasadnienie. Jeżeli w celu wydania opinii jest niezbędne przeprowadzenie badań lekarskich, na wniosek poradni rodzic dziecka przedstawia zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka zawierające informacje niezbędne do wydania opinii. Jeżeli ze względu na konieczność przedstawienia zaświadczenia lekarskiego nie jest możliwe wydanie przez poradnię opinii w terminie wyżej określonym, opinię wydaje się w ciągu 7 dni od dnia przedstawienia zaświadczenia.
9. Osoba składająca wniosek, może dołączyć do wniosku posiadaną dokumentację uzasadniającą wniosek, w szczególności wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich, a w przypadku dziecka uczęszczającego do przedszkola, szkoły lub placówki - także opinię nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, szkole lub placówce.
10. **Opinie, zaświadczenia i informacje wnioskodawcy odbierają osobiście w siedzibie poradni w wyznaczonym terminie.**

- Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dla wnioskodawców.*
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i dostarczonej dokumentacji w związku z udzielaną pomocą przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Mińsku Mazowieckim, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000). Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o przysługującym mi prawie wglądu do danych osobowych oraz ich uzupełniania, uaktualniania, sprostowania w razie stwierdzenia, że dane są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe.*
- Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody* na przekazywanie informacji o dziecku i wyniku diagnozy do szkoły lub placówki.
- Na podstawie §5 ust. 1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. 2013r., poz.199), proszę o wydanie opinii po zakończeniu postępowania diagnostycznego.*

*** właściwe zaznaczyć stawiając w kratce znak X**

.....
(podpis wnioskodawcy)

Mińsk Mazowiecki, dn.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 996, 1000, 1290); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 199); Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000).

Klauzula Informacyjna

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej z siedzibą w Mińsku Mazowieckim ul. Konstytucji 3 Maja 16, tel: 25 756 40 05, mail: sekretariat@poradniamm.edu.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych (IOD)
Kontakt: inspektor@poradniamm.edu.pl, tel. 025 756 40 05, lub listownie: Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Mińsku Mazowieckim ul. Konstytucji 3 Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki
3. Przetwarzanie Państwa danych następuje wyłącznie w celu wykonania zadań Administratora wynikających z przepisów prawa oraz zadań realizowanych w interesie publicznym zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 996, 1000, 1290); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 199); Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 100).
4. Odbiorcami Państwa danych mogą być wyłącznie instytucje lub podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa .
5. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim lub organizacjom międzynarodowym.
6. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia ograniczenia przetwarzania, przenoszenia i wniesienia sprzeciwu.
7. W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody, mogą ją Państwo w dowolnym momencie wycofać bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. W przypadku gdy przetwarzamy Państwa dane osobowe z naruszenia prawa mają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały profilowaniu.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa, w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
11. Dane osobowe przechowujemy na okres niezbędny do wykonania zadań Administratora oraz realizacji obowiązku archiwizacyjnego, które wynikają z przepisów prawa.

.....
(data i podpis rodzica/wnioskodawcy)