

|                            |
|----------------------------|
| 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  
ucznia pełnoletniego**

|                                                             |                     |            |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:</b>                     |                     |            |
| <b>2. Data i miejsce urodzenia wnioskodawcy:</b>            |                     |            |
| <b>3. PESEL wnioskodawcy:</b>                               |                     |            |
| <b>4. Miejsce zamieszkania wnioskodawcy:</b>                |                     |            |
| Miejscowość:                                                | Kod pocztowy:       |            |
| Ulica:                                                      | Nr domu:            | Nr lokalu: |
| Telefon kontaktowy:                                         |                     |            |
| <b>5. Dane placówki do której uczęszcza wnioskodawca</b>    |                     |            |
| Nazwa szkoły/placówki:                                      |                     |            |
| <b>6. Adres szkoły/placówki:</b>                            |                     |            |
| Miejscowość:                                                | Kod pocztowy:       |            |
| Ulica:                                                      | Nr domu:            | Nr lokalu: |
| Oznaczenie klasy, do której uczeń uczęszcza – profil klasy: |                     |            |
| <b>7. Dane rodziców:</b>                                    |                     |            |
| Imię i nazwisko matki:                                      | Telefon kontaktowy: |            |
| Imię i nazwisko ojca:                                       |                     |            |

**Czy wnioskodawca był badany w poradni:**     TAK\* \_\_\_\_\_     NIE\*  
(proszę podać datę, ewentualnie rok)

**POWÓD ZŁOŻENIA WNIOSKU\*:**

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ogólne trudności w nauce,<br><input type="checkbox"/> trudności w pisaniu i czytaniu,<br><input type="checkbox"/> trudności w nauce matematyki,<br><input type="checkbox"/> problemy emocjonalne, | <input type="checkbox"/> konsultacja/rozmowa/porada,<br><input type="checkbox"/> indywidualny tok nauki/program nauczania,<br><input type="checkbox"/> interwencja kryzysowa,<br><input type="checkbox"/> badanie kontrolne, | <input type="checkbox"/> terapia pedagogiczna,<br><input type="checkbox"/> terapia psychologiczna,<br><input type="checkbox"/> doradztwo zawodowe,<br><input type="checkbox"/> inny _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\* właściwie zaznaczyć stawiając w kratce znak X

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### Informacje dla wnioskodawców

1. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadkach losowych 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. Składając wniosek należy dokładnie i czytelnie wypełnić wszystkie informacje.
5. Konieczne jest podanie **aktualnego numeru telefonu** kontaktowego wnioskodawcy ponieważ o wyznaczonym terminie informujemy wnioskodawcę **telefonicznie**.
6. W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych uczennicy/ucznia, specjaliści **mogą zasięgnąć opinii** nauczycieli szkoły/wychowawców placówki, do której wnioskodawca uczęszcza/w której przebywa, informując o tym wnioskodawcę.
7. 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 wnioskodawca przedstawia zaświadczenie lekarskie o swoim stanie zdrowia 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.
8. 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 ucznia uczęszczającego do szkoły lub przebywającego w placówce - także opinię nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole lub placówce.
9. **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 maja 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 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. z 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. 100).

## 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](mailto: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 )