



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA NR 1
82-300 ELBLĄG ul. SŁONECZNA 14
www.ppp1.elblag.pl
tel. 55 625-82-30 e-mail: ppp1@elblag.com.pl

data wpływu wniosku	dalsze wskazania

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy (rodzica/ prawnego opiekuna/ pełnoletniego ucznia)*

.....
telefon kontaktowy/ adres e-mail

Wniosek o przeprowadzenie konsultacji:

psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej, z zakresu doradztwa zawodowego *

1. Imię/imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia*:

.....
2. Data i miejsce urodzenia:

.....
3. PESEL dziecka/pełnoletniego ucznia*:

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

4. Miejsce zamieszkania dziecka/pełnoletniego ucznia*:

.....
5. Nazwa i adres przedszkola/szkoły, oddział/klasa, do której dziecko /uczeń uczęszcza:

.....
6. Nazwa zawodu – w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie

.....
7. Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów*

Matka:

Ojciec:

8. Miejsce zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów *

.....

9. Uzasadnienie potrzeby konsultacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączniki :

1.

2.

3.

Zgody i oświadczenia rodziców/prawnych opiekunów/ pełnoletniego ucznia*

Oświadczam, że dziecko było/nie było * badane w poradni psychologiczno – pedagogicznej.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości zasięgnięcia przez poradnię opinii nauczycieli o problemach dydaktycznych i wychowawczych dotyczących mojego dziecka.

Oświadczam, że nie ma przeszkód prawnych, abym występował/a w sprawie dziecka. W przypadku opiekunów prawnych należy przedstawić odpowiednie dokumenty.

Wyrażam/ nie wyrażam zgody/y* na ujawnienie wyników konsultacji w szkole/placówce, do której uczęszcza moje dziecko.

.....
data i czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego/ucznia pełnoletniego

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Elblągu. Dane osobowe Pana/Pani dziecka i członków jego rodziny zbierane są i przetwarzane w zakresie działalności diagnostycznej i/lub terapeutycznej oraz edukacyjnej. Informuję, że przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do zbieranych danych oraz uzupełnienia czy sprostowania w razie stwierdzenia, że dane są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Jednocześnie informuję, że dołożymy wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

OŚWIADCZENIE WOLI

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych określonych w powyższej informacji.

.....
data i czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego/ucznia pełnoletniego

* *właściwie podkreślić*