Wołomin, dn. ..... 2021 r.

1A

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

.....
(dokładny adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

Nr T..... / /

Nr T..... / /

Oczekiwana forma pomocy

Powód zgłoszenia:

.....

.....

- □ zgoda na badania diagnostyczne (psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne)
- □ zgoda na badania i diagnozę związaną z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej

Inne:

- □ konsultacja
- □ porada bez badań
- □ rozmowa terapeutyczna
- □ inne

.....

.....

.....
(imiona i nazwisko dziecka / pełnoletniego ucznia)

PESEL | | | | | | | | | | | |
lub seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

ur. ..... w ..... wiek życia/oddział/ucz. klasy/ .....
(data urodzenia) ***(miejsce urodzenia)***

(w roku szkolnym 20..... /20 .....)

Placówka/Szkoła ....
(dokładna nazwa placówki / szkoły i adres, gmina)

Nazwa zawodu .....
(uczeń szkoły ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej)

☐ Pierwszy raz w Poradni?

☐ Kolejny raz w Poradni?

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody *(niepotrzebne skreślić)* na przetwarzanie moich danych osobowych lub mojego dziecka (numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość, datę i miejsce jego urodzenia oraz miejsce zamieszkania, nazwę i adres odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki oraz oznaczenie odpowiednio oddziału przedszkolnego w przedszkolu, oddziału w szkole lub grupy wychowawczej w placówce, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza) przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną z siedzibą w Wołominie ul. Legionów 85, 05-200 Wołomin zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) w celu uzyskania pomocy psychologiczno– pedagogicznej oraz przeprowadzenia badań diagnostycznych.

.....
Podpis: *rodzica/opiekuna prawnego /pełnoletniego ucznia*

Oświadczam, że otrzymałem/am KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ od Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej z siedzibą w Wołominie, ul. Legionów 85, 05-200 Wołomin w związku z uzyskaniem pomocy psychologiczno– pedagogicznej.

.....
Podpis: *rodzica/opiekuna prawnego /pełnoletniego ucznia*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody *(niepotrzebne skreślić)* na przetwarzanie moich danych osobowych tj. adres poczty elektronicznej, numer telefonu, imiona i nazwiska rodziców dziecka lub ucznia, adres ich zamieszkania oraz adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania w celu wydania orzeczenia i opinii przez Zespół Orzekający działający w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej z siedzibą w Wołominie ul. Legionów 85, 05-200 Wołomin.

.....
Podpis: *rodzica/opiekuna prawnego /pełnoletniego ucznia*

Wpłynęło dnia. .... 2021 r.
Podpis: ***psychologa / pedagoga / logopedy*** .....