Podstawa prawna: §7 ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1743).

WNIOSEK KIEROWANY DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO   
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W PYRZYCACH O WYDANIE:

1. OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA\*
2. ORZECZENIA O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA \*
3. ORZECZENIA O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO \*
4. ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO \*
5. ORZECZENIA O POTRZEBIE ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH ZESPOŁOWYCH/INDYWIDUALNYCH \*

\*właściwe zakreślić

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Imię (imiona) dziecka/ucznia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nazwisko dziecka/ucznia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Data urodzenia dziecka/ucznia (dzień - miesiąc – rok | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.PESEL dziecka/ucznia (w przypadku braku numeru PESEL seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |  | | |  |  | | | |  | |
| 5. Miejsce urodzenia dziecka/ucznia | | | | Miejscowość | | | | | | | | Województwo | | | | | | | |
| 6. Adres zamieszkania dziecka/ucznia | | | | Ulica | | | | | | | | Numer domu | | | | Numer lokalu | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | |  | |  | |  |
| 7. Adres przedszkola/szkoły  Ośrodka | | | | Pełna nazwa przedszkola/szkoły/ośrodka | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | | | | | | | Numer | | | |
| Kod pocztowy | | | | Miejscowość | | | | | | | | | | | |
| Klasa w szkole lub grupa przedszkolu/placówce | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa zawodu (w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Imiona i nazwiska rodziców1dziecka/ucznia | | | | Imię (imiona) i nazwisko matki | | | | | | | Imię (imiona) i nazwisko ojca | | | | | | | | |
| 9. Adres zamieszkania matki | | | | Ulica | | | | | | | | Numer domu | | | | Numer lokalu | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | |
| 10. Adres zamieszkania  ojca | | | | Ulica | | | | | | | | Numer domu | | | | Numer lokalu | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | |
| 11. Nazwisko i imię oraz adres prawnego opiekuna dziecka: | | | | Ulica | | | | | | | | Numer domu | | | Numer lokalu | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | Miejscowość | | | | | | | | |
| 12. Numer telefonu wnioskodawcy | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Określenie przyczyny i celu, dla którego jest niezbędne uzyskanie orzeczenia lub opinii  (diagnoza medyczna/niepełnosprawność dziecka/ucznia i etap edukacyjny/okres, na który jest potrzebne uzyskanie dokumentu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Informacja o poprzednio wydanych dla dziecka/ucznia orzeczeniach lub opiniach (jeśli takie zostały wydane) wraz ze wskazaniem nazwy poradni (publicznej lub niepublicznej), w której działał zespół, który wydał orzeczenie lub opinię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zgodnie z art. 13 *Rozporządzenia 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)* informuję, że: administratorem Państwa danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Pyrzycach  z siedzibą przy ul. Lipiańskiej 4, numer telefonu: 915700744, adres e-mail: [sekretariat@poradniapyrzyce.pl](mailto:sekretariat@poradniapyrzyce.pl). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem tel. 918811363 lub adresem e-mail: sekretariat@poradniapyrzyce.pl. Dane osobowe Pana/Pani/dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w *Ustawie Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r.* (Dz.U. z 2017 r., poz. 59) oraz *Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r.* (Dz.U. z 2017 r., poz. 2198) w celu realizacji statutowych zadań poradni. Dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie organom władzy publicznej upoważnionym na mocy odrębnych ustaw w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań. Ponadto dane mogą być wykorzystywane w celu kontaktu z wnioskodawcą. Pana/Pani/dziecka dane osobowe będą przechowywane przez 10 lat zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt. Mają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych i prawo do ich sprostowania. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego.  **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\*** na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.  **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\*** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego z głosem doradczym osób wymienionych w §4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia wskazanego wyżej w podstawie prawnej.  **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\*** na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego innych osób wymienionych w §4 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia wskazanego wyżej w podstawie prawnej.  Poinformowano mnie o terminie posiedzenia zespołu orzekającego i **chcę/nie chcę\*** uczestniczyć w posiedzeniu  i przedstawić swoje stanowisko.  Oświadczam, że jestem **rodzicem** sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem**/prawnym opiekunem** dziecka lub ucznia**/osobą (podmiotem) sprawującą pieczę zastępczą** nad dzieckiem lub uczniem\*.  **czytelny podpis (imię i nazwisko) wnioskodawcy**  ***\* właściwe zakreślić*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Załączniki uzasadniające wniosek** (np. zgoda drugiego rodzica na wydanie orzeczenia/opinii, zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia\*, zaświadczenie lekarza medycyny pracy\*, opinie specjalistów, zaświadczenia i wyniki obserwacji badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich, dokumentacja medyczna dotycząca leczenia specjalistycznego, poprzednio wydane **orzeczenia lub opinie)   Do wniosku dołączam: *\*zaświadczenie niezbędne do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego wypełnione zgodnie z §6 ust. 5 podstawy prawnej* Data złożenia wniosku *(dzień - miesiąc - rok)  \*zaświadczenie niezbędne do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe zgodnie  z § 6 ust. 6 podstawy prawnej***  Czytelny podpis (imię i nazwisko) wnioskodawcy Czytelny podpis (imię i nazwisko) drugiego rodzica  …………………………………………………………. ………………………………………………………….  \* w przypadku braku podpisu drugiego rodzica należy dołączyć jego pisemną zgodę na wydanie orzeczenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CZĘSC WYPEŁNIANA PRZEZ PRZEWODNICZĄCEGO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data założenia wniosku | | | | | | | Termin posiedzenia zespołu orzekającego | | | | | | | | | | | | |
| Specjaliści poradni badający dziecko/ucznia wskazani przez przewodniczącego zespołu orzekającego:  pedagog –  psycholog –  pediatra –  logopeda –  inni specjaliści - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis i pieczęć przewodniczącego zespołu orzekającego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |