

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres do korespondencji – jeżeli jest inny j. w.)

.....  
(telefon)

.....  
(e-mail-do kontaktów - opcjonalnie)

## WNIOSEK

### **o przeprowadzenie badań w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowej Soli pod kątem wyboru zawodu i kierunku kształcenia**

Dane dotyczące dziecka/pięnoletniego ucznia/uczennicy (należy wypełnić drukowanymi literami):

Nazwisko .....

Pierwsze imię: ..... Drugie imię: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....

(dzień -miesiąc -rok)

PESEL

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

(w przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania: .....

(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Pełna nazwa szkoły: .....

Adres szkoły: .....

(ulica, numer)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Klasa/oznaczenie oddziału: .....

**Czy uczeń/uczennica był/a badany/a w tutejszej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?**

(właściwe zaznaczyć znakiem „X” w okienku)

TAK

NIE

Jeżeli tak, to w którym roku? .....

**Uwagi na temat stanu zdrowia ucznia/uczennicy:**

Czy uczeń/uczennica jest osobą z niepełnosprawnością? TAK  NIE

Jeżeli tak, to jaki występuje rodzaj niepełnosprawności? .....

.....

Czy u ucznia/uczennicy występuje wada wzroku?

TAK  NIE

Jeżeli tak, to jaka (m. in. ile dioptrii)? .....

.....

Czy u ucznia/uczennicy występuje wada słuchu?

TAK  NIE

Jeżeli tak, to jaka i czy uczeń nosi aparat słuchowy? .....

.....

**Inne (alergie, choroby, zaburzenia, inne trudności ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym):**

.....

.....

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie wypisanych na wniosku danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Nowej Soli, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, tekst jednolity – Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).\*\*

**Wyrażam zgodę**, aby w razie konieczności poradnia zwróciła się do szkoły/ośrodka o informację na temat funkcjonowania mojego dziecka.\*\*

TAK  NIE

**Przyjmuję do wiadomości**, że w przypadku braku możliwości stawienia się w umówionym terminie zobowiązuję się do wcześniejszego powiadomienia Poradni.

**Przyjmuję do wiadomości**, że w przypadku niezgłoszenia się na badanie diagnostyczne/poradę/konsultację w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, wniosek nie będzie zrealizowany.

**Przyjmuję do wiadomości**, że dziecko zgłasza się na badanie pod opieką rodziców/prawnych opiekunów, którzy odpowiadają za bezpieczeństwo dzieci na terenie poradni (z wyłączeniem pobytu w gabinecie diagnostycznym).

**Oświadczam, iż jestem - właściwie zaznaczyć znakiem „X” w okienku\*:**

rodzicem/rodzicami

opiekunem prawnym

osobą pełnoletnią

inne (proszę wskazać) .....

.....  
(podpis rodzica/prawnego opiekuna/osoby pełnoletniej)

\* Właściwie zaznaczyć znakiem „X”

\*\* Złożone zgody obowiązują do odwołania. W celu ich odwołania należy złożyć pisemne oświadczenie woli.