

.....  
(імена та прізвища батьків/законних опікунів)

.....  
(місце проживання – вулиця, номер будинку, номер квартири)

.....  
(місто, поштовий індекс, пошта)

.....  
(телефон)      .....  
(надаю/не надаю e-mail – для контакту)

## Психологічно-педагогічна консультація у місті Нова Суль

### **ЗВЕРНЕННЯ ДО КОНСУЛЬТАЦІЇ – ЗАЯВКА (заповнює один з батьків, законний опікун)**

Причина дитини: .....

Прошу провести обстеження у Психологічно-педагогічній консультації (вказати необхідне):

- контрольне обстеження
- обстеження рівня розвитку дитини
- логопедичне обстеження
- прийом 6-річної дитини до I класу початкової школи (якщо у попередньому році дитина не відвідувала занять із дошкільної підготовки)
- специфічні проблеми у навчанні читання і письма
- специфічні проблеми у вивченні математики
- індивідуальний графік/програма навчання
- перенесення шкільного обов'язку на більш пізній термін
- визначення моделі латералізації
- труднощі у навчанні
- труднощі у вихованні
- вибір професії
- дозвіл на працевлаштування неповнолітньої особи для залучення до праці та освоєння професії
- прийом учня до відділу підготовки до роботи (ОНР)
- індивідуальна програма навчання
- психологічна терапія
- педагогічна терапія
- логопедична терапія
- інше.....

Дані дитини/повнолітнього учня:

Прізвище (слід заповнити друкованими літерами): .....

Перше ім'я: ..... Друге ім'я: .....

Дата народження ..... Дата народження .....  
(день-місяць-рік)

Номер  
PESEL

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

(у випадку відсутності номера PESEL слід вказати назву і номер документа, що посвідчує особу)

Адреса проживання: .....  
(вулиця, номер будинку, номер квартири)

.....  
(місто, поштовий індекс, пошта)

Повна назва школи/дошкільного закладу: .....

Адреса школи/дошкільного закладу: .....  
(вулиця, номер будинку, номер квартири)

.....  
(місто, поштовий індекс, пошта)

### Чи обстежувалася дитина/учень у Психологічно-педагогічній консультації?

- у даній Консультації дитина/учень обстежувала(в)ся/не обстежувала(в)ся (правильну відповідь позначити знаком „X” у віконці) – у якому році?

ТАК –  у ..... році  
НІ –

- у іншій психологічно-педагогічній консультації

ТАК –  де – вказати повну назву.....  
НІ –  рік обстеження .....

НАДАЮ ЗГОДУ на обговорення результатів обстежень та відповідних висновків закладу освіти, який відвідує дитина – правильну відповідь позначити знаком „X” у віконці.

ТАК –   
НІ –

До заявки додаю інформацію про дитину, підготовлену школою/дошкільним закладом – правильну відповідь позначити знаком „X” у віконці.

ТАК –   
НІ –

### Примітки щодо стану здоров'я:

Чи має дитина інвалідність? Так  Ні

Тип інвалідності: .....

Чи носить дитина окуляри? Так  Ні

Чи має дитина слуховий апарат? Так  Ні

Інші захворювання .....

Надаю згоду на звернення консультації до школи/дошкільного закладу/центру у випадку необхідності отримання інформації щодо моєї дитини

ТАК  НІ

Мені відомо, що у випадку відсутності можливості відвідати заклад у визначений час необхідно завчасно повідомити Консультацію.

Мені відомо, що у випадку відсутності у встановлений час для проведення діагностичного обстеження/отримання поради/консультації без попереднього поінформування Консультації дана заявка не буде виконана.

Мені відомо, що дитина проходить обстеження під опікою батьків/законних опікунів, які відповідають за безпеку дитини на території Консультації (за винятком перебування у діагностичному кабінеті)

### Заява:

Відповідно до вимог ст. 7 пар. 2 Регламенту Європейського Парламенту та Ради ЄС 2016/679 від 27 квітня 2016 року, я даю\*\* добровільну згоду на збір, зміну та опрацювання персоналом Психологічно-педагогічних консультацій у місті Нова Суль персональних даних, що містяться в заявці, з метою реєстрації та здійснення діагностичних, терапевтичних, консультаційних та атестаційних процесів, консультування особи, яка зареєстрована у Консультації, та видачі Консультацією документів, щодо яких я подаю/буду подавати запит, а також використання даних для зв'язку зі мною з метою отримання інформації щодо вищезазначених процесів. Разом з тим підтверджую, що я ознайомлений/на з Інформаційною клаузулою щодо захисту персональних даних, чинною у Консультації.

Заявляю, що я є – правильну відповідь позначити знаком „X” у віконці:

- одним з батьків/батьками
- законним опікуном
- повнолітньою особою

### До консультації слід принести:

- медичну картку дитини, видану при народженні (стосується маленьких дітей);
- медичну документацію: виписки з лікарні, санаторію, інші медичні довідки (у випадку дитини з проблемами зі здоров'ям);
- висновок вчителя/вихователя, терапевта чи інших спеціалістів;
- окуляри, слуховий апарат (якщо дитина їх носить);
- зошити з польської мови, шкільні табелі, перевірені класні роботи/контрольні роботи, особливо з польської мови (стосується дітей з підозрою на дислексію);
- матеріали самостійної роботи вдома та/або занять у школі.

.....  
(дата і підпис батька чи матері/законного опікуна за згодою і поінформуванням іншого з батьків/повнолітньої особи)

\*\*Надана згода дійсна до її відкликання. Для її відкликання слід подати письмову заяву.