Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku
09-402 Płock, ul. J. Z. Jakubowskiego 10, tel. 24-364 99 01, kom. 785 504 868, 885 524 437
e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl www.poradniaplock2.pl

Znak sprawy: ….....(wypełnia pracownik sekretariatu Poradni)

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

.....
(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

Do Zespołu Orzekającego
przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej
nr 2 w Płocku

WNIOSEK

Zwracam się o wydanie (właściwe zaznaczyć):

- ☐ **o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**
- ☐ **o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**
- ☐ **o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**
- ☐ **o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych/indywidualnych**
- ☐ **o wydanie opinii w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

DANE DZIECKA/UCZNIA:		
Imię (imiona)		
Nazwisko		
Data i miejsce urodzenia		
PESEL		
W przypadku braku PESEL-seria i nr dokumentu potwierdzającego jego tożsamość		
Adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość) oddział		
Nazwa przedszkola/szkoły/placówki		**Oddział**
Adres przedszkola/szkoły/placówki		
Nazwa zawodu (w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)		

DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH		
	Matka/ opiekun prawny	**Ojciec/opiekun prawny**
Imię (Imiona)		
Nazwisko		
Adres zamieszkania (jeśli jest inny od adresu zamieszkania dziecka)		
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)		
Telefon kontaktowy		
Adres email		
Wskazanie wnioskodawcy (rodzica/opiekuna prawnego), któremu przekazane zostanie orzeczenie/opinia:		
Imię i nazwisko wnioskodawcy, któremu przekazane zostanie orzeczenie/opinia. **Drugi wnioskodawca zachowuje prawo do otrzymania kopii orzeczenia/opinii.**		

1. **Określenie przyczyny i celu, dla których jest niezbędne uzyskanie orzeczenia lub opinii:**

   ……
   ……
   ……

2. **Wcześniej wydane orzeczenia/opinie:**

Rodzaj orzeczenia / opinii	Numer	Data wydania	Nazwa Poradni, w której działał zespół wydający orzeczenie lub opinię

3. **Informacja o stosowanych metodach komunikowania się w przypadku, gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji – ACC lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:**

   ……
   ……

4. **Informacja o specyficznych potrzebach dziecka lub zachowaniu dziecka:**

   ……
   ……
   ……
   ……

5. **Oświadczenia/zgody/wnioski**

Treść oświadczenia /zgody	**Podpisy rodziców / prawnych opiekunów**
Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem — jeżeli dotyczy. W przypadku braku podpisu drugiego rodzica na wniosku o wydanie orzeczenia lub opinii lub w przypadku niezłożenia przez drugiego rodzica oświadczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 1-4 Rozporządzenia*, rodzic podpisujący wniosek dołącza do wniosku odpowiednio: akt zgonu drugiego rodzica, aktualne orzeczenie dotyczące ograniczenia, zawieszenia lub pozbawienia władzy rodzicielskiej lub inny dokument potwierdzający brak możliwości złożenia podpisu lub oświadczeń przez drugiego rodzica. W przypadku braku możliwości złożenia dokumentów, rodzic podpisujący wniosek, składa oświadczenie o przyczynie braku złożenia podpisu lub oświadczeń **(odrębny dokument)**. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". **Rodzic podpisujący oświadczenie podlega odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**	**1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**
W posiedzeniach Zespołu z głosem doradczym mogą uczestniczyć inne osoby na wniosek przewodniczącego zespołu i za zgodą rodziców dziecka lub ucznia lub za zgodą pełnoletniego ucznia	
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam ***(podkreślić właściwe)*** zgody na udział w posiedzeniu zespołu, z głosem doradczym, na wniosek przewodniczącego zespołu: ☐ nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, ☐ pomocy nauczyciela, ☐ osoby władającej językiem kraju pochodzenia dziecka lub ucznia; ☐ asystenta międzykulturowego, ☐ asystenta edukacji romskiej – wyznaczonych przez ich dyrektora.	_____ **podpis pełnoletniego ucznia** **1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody ***(podkreślić właściwe)***, aby w posiedzeniu zespołu wzięły udział na wniosek przewodniczącego zespołu: tłumacz języka migowego, polskiego języka migowego, systemu językowo-migowego, sposobów komunikowania się osób głuchoniemych lub osoba, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się;	_____ **podpis pełnoletniego ucznia** **1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**
Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody ***(podkreślić właściwe)***, aby w posiedzeniu zespołu wzięły udział na wniosek przewodniczącego zespołu: inne osoby, których wiedza o dziecku lub uczniu jest znacząca dla oceny funkcjonowania dziecka lub ucznia, w tym osoby wykonujące zawód medyczny realizujące świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych . **Dane osoby, o której udział w zespole orzekającym wnioskuję – celem zawiadomienia o terminie posiedzenia zespołu** Imię i nazwisko …… Zawód/ funkcja…… Adres/adres poczty elektronicznej/ numer telefonu..... …….....	_____ **podpis pełnoletniego ucznia** **1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*(podkreślić właściwe)* na przesłanie wydanego orzeczenia lub opinii do przedszkola, szkoły lub ośrodka, do których dziecko lub uczeń uczęszcza lub do których zostało przyjęte przed złożeniem wniosku. Nazwa i adres placówki, która otrzyma dokument: …… …… **<u>W przypadku niewyrażenia zgody wniosek pozostawia się bez rozpoznania.</u>**	_____ **podpis pełnoletniego ucznia** **1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**
Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli dziecko lub uczeń, któremu wydano właściwe orzeczenie lub opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, zostało przyjęte do przedszkola, szkoły lub ośrodka po złożeniu wniosku o wydanie orzeczenia lub ww. opinii, <u>rodzice dziecka lub ucznia,</u> a w przypadku pełnoletniego ucznia - <u>ten uczeń, przedkładają orzeczenie lub opinię w tym przedszkolu, tej szkole lub tym ośrodku lub poradni</u> **<u>albo</u>** <u>składają wniosek do poradni,</u> w której działał zespół wydający orzeczenie lub opinię, <u>o przekazanie orzeczenia lub opinii</u> do przedszkola, szkoły lub ośrodka lub poradni, do których zostało przyjęte dziecko lub został przyjęty uczeń lub w którym/rej został objęty wczesnym wspomaganiem rozwoju.	_____ **podpis pełnoletniego ucznia** **1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**
Zgoda na doręczanie pism drogą elektroniczną	
Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*(podkreślić właściwe)* na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej	_____ **podpis pełnoletniego ucznia**
Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*(podkreślić właściwe)* na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej	_____ **podpis 1. rodzica/ prawnego opiekuna**
Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*(podkreślić właściwe)* na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej	_____ **podpis 2. rodzica/ prawnego opiekuna**
Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu Zespołu w części dotyczącej mojego dziecka i zajęcia stanowiska w jego sprawie.	**1)**_____ **2)**_____ **podpisy obojga rodziców / prawnych opiekunów**

Informacje dodatkowe:

Zgodnie z § 7 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacja z dnia 2 marca 2026 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* przewodniczący Zespołu może zwrócić się do właściwego dyrektora z prośbą o wydanie opinii o funkcjonowaniu dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, w tym o trudnościach i mocnych stronach rozpoznanych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem. Kopię opinii przekazuje się rodzicom dziecka lub ucznia lub pełnoletniemu uczniowi. O wydanie opinii może również zwrócić się wnioskodawca.

Jeżeli złożenie wniosku było poprzedzone obserwacjami lub badaniami diagnostycznymi dziecka/ucznia w naszej Poradni, wyniki przeprowadzonych obserwacji i badań przewodniczący zespołu dołącza do wniosku.

Badania przeprowadzone w Poradni są bezpłatne.

6.**Załączam dokumentację uzasadniającą wniosek (*poniżej należy wskazać właściwe)*:**

☐ wydane przez specjalistów spoza Poradni opinie, zaświadczenia oraz wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich,

☐ dokumentację medyczną dotyczącą leczenia specjalistycznego,

☐ zaświadczenie lekarskie lekarza medycyny pracy dla uczniów szkół prowadzących nauczanie w zawodzie

☐ poprzednio wydane orzeczenia lub opinie, jeżeli takie zostały wydane informację o dziecku/uczniu z placówki, do której dziecko uczęszcza zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia (do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego albo orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza zaświadczenie o stanie zdrowie dziecka lub ucznia),

☐ informację zawierającą zalecenia do pracy z dzieckiem/uczniem w przedszkolu, szkole, placówce (dot. ucznia/dziecka objętego opieka psychiatryczną lub leczeniem uzależnień),

☐ akt zgonu drugiego rodzica,

☐ aktualne prawomocne orzeczenie dotyczące władzy rodzicielskiej drugiego rodzica,

☐ inny dokument potwierdzający brak możliwości złożenia podpisu lub oświadczeń przez drugiego rodzica,

☐ oświadczenie o przyczynie braku złożenia podpisu lub oświadczeń, o których mowa w Rozporządzeniu* przez drugiego rodzica,

☐ opinię o funkcjonowaniu dziecka, o której mowa w § 7 ust. 2–7 Rozporządzenia*

Opinia powinna w szczególności zawierać informacje dotyczące:

— wyników obserwacji funkcjonowania dziecka/ucznia oraz działań diagnostycznych prowadzonych w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce,

— informację o działaniach podjętych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów w celu poprawy funkcjonowania dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, formach i zakresie pomocy udzielonej dziecku lub uczniowi w ramach wczesnego wspomagania rozwoju lub pomocy psychologiczno-pedagogicznej, okresie ich udzielania oraz efektach działań i udzielonej pomocy,

— informację o funkcjonowaniu dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, w tym o trudnościach oraz mocnych stronach i uzdolnieniach dziecka lub ucznia rozpoznanych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem. Informacja dotyczy:

— aktywności i uczestniczenia dziecka lub ucznia, zgodnie z obszarami ujętymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), adekwatnie do wieku i poziomu rozwoju psychofizycznego, w następujących obszarach:

- uczenie się i stosowanie wiedzy,
- zachowania społeczne we wzajemnych kontaktach – przystosowanie społeczne i emocjonalne,
- porozumiewanie się,
- aktywność ruchowa – poruszanie się,
- dbanie o siebie

— zakresu i rodzaju trudności w realizacji odpowiednio programu wychowania przedszkolnego lub programów nauczania realizowanych w oddziale, do którego dziecko lub uczeń uczęszcza.

W przypadku dziecka/ucznia objętego kształceniem specjalnym do opinii należy dołączyć aktualną wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania dziecka/ucznia (WOPFU).W przypadku dziecka/ucznia objętego zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi należy uwzględnić aktualną okresową ocenę funkcjonowania dziecka/ucznia.

☐ inne dokumenty istotne dla rozpatrywanego wniosku (wymienić jakie): ….....

.....

.....

.....

<u>CZYTELNY</u> PODPIS WNIOSKODAWCY/WNIOSKODAWCÓW:

1. ……..…… 2. ……..…… ….....

*) Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. *w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*

<u>WYPEŁNIA PORADNIA:</u>

Wniosek wraz z załączoną dokumentacją ***spełnia / nie spełnia*** warunki formalne do wszczęcia procedury.
Pismo do rodzica o uzupełnienie dokumentacji wysłano dnia: ……

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek …..

Termin posiedzenia zespołu orzekającego wyznaczam na:

Wywiad (kto, kiedy) .....
Badanie psychologiczne (kto, kiedy) .....
Badanie pedagogiczne (kto, kiedy) .....
Badanie logopedyczne (kto, kiedy) .....

Data i podpis: ……..... (Przewodniczący zespołu orzekającego)

Wnioskodawca został powiadomiony o terminie posiedzenia zespołu orzekającego: osobiście/ / pocztą elektroniczną/pocztą tradycyjną/inną formą.....(jaką?).

Data i podpis osoby informującej ……

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock tel. 24 364 99 01
fax 24 364 99 02 e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl
Załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia:_____

Numer PESEL

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**

Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie

Ocena wyniku leczenia i rokowania

(pieczątka i podpis lekarza]

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock tel. 24 364 99 01
fax 24 364 99 02 e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl
Załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:

NEUROLOGII DZIECIĘCEJ, ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU LUB REHABILITACJI MEDYCZNEJ

o stanic zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**

_____

_____

_____

_____

_____

Wskazania dla nauczycieli - sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu/ szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

_____

_____

Potwierdzenie właściwej dziedziny medycyny:

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje w dziedzinie właściwej dla rozpoznanego problemu zdrowotnego, tj.: neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej (właściwe zaznaczyć).

_____

(pieczątka i podpis lekarza)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock tel. 24 364 99 01
fax 24 364 99 02 e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl

_____

(pieczęć placówki medycznej)

_____
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:
PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY LUB PSYCHIATRII
o stanic zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia *(właściwe podkreślić):*

• autyzm, w tym zespół Aspergera

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(1CD)**

_____

_____

_____

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia

_____

_____

_____

Wskazania dla nauczycieli - sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu/ szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

_____

_____

_____

Potwierdzenie właściwej dziedziny medycyny:

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje w dziedzinie właściwej dla rozpoznanego problemu zdrowotnego, tj.: psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii (właściwe zaznaczyć)

_____
(pieczątka i podpis lekarza)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock tel. 24 364 99 01
fax 24 364 99 02 e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl
Załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:
OKULISTYKI
o stanic zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia *(właściwe podkreślić):*

- niewidzenie
- słabe widzenie

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**

_____

Ostrość wzroku (z korekcją]: ***Do dali:***		***Do bliży:***
	OP_____	OL_____
	OP_____	OL_____
Badane za pomocą:	_____	_____
Wada wzroku:	OP_____	OL_____
Okulary korekcyjne:	OP_____	OL_____
Dno oka:	OP_____	OL_____

Wynik badania na synoptoforze (zwłaszcza w zakresie widzenia obuocznego):

_____

Wynik orientacyjnego badania pole widzenia:

_____

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka / ucznia

_____

Wskazania dla nauczycieli - sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu/ szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

_____

_____

Potwierdzenie właściwej dziedziny medycyny:

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje w dziedzinie właściwej dla rozpoznanego problemu zdrowotnego, tj.: okulistyka.

_____
(pieczątka i podpis lekarza)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock tel. 24 364 99 01
fax 24 364 99 02 e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl
Załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:

AUDIOLOGII, FONIATRII, OTOLARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ LUB OTOLARYNGOLOGII

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia *{właściwe podkreślić}:*

- niesłyszenie
- słabe słyszenie

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**

_____

Średni ubytek słuchu **UP**_____ **UL**_____

Rodzaj ubytku słuchu _____

Aparat słuchowy/implant ślimakowy UP_____**UL,**_____

Wykonane badania audiologiczne (prosimy o dołączenie audiogramu lub wyników badań audiologicznych potwierdzających ubytek słuchu):

_____

Rokowania:

_____

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia

_____

_____

Wskazania dla nauczycieli - sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu/ szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

_____

_____

Choroby współwystępujące:

_____

Potwierdzenie właściwej dziedziny medycyny:

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje w dziedzinie właściwej dla rozpoznanego problemu zdrowotnego, tj.: audiologia/ foniatria/ otolaryngologia/ otolaryngologia dziecięca (właściwe zaznaczyć)

(pieczątka i podpis lekarza)

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock tel. 24 364 99 01
fax 24 364 99 02 e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl
Załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjnych

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia:_____

Numer PESEL

Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjne - wychowawczych **wskazane w formie** *(właściwe podkreślić):*

INDYWIDUALNIE

ZESPOŁOWO

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **(ICD)**

_____

_____

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka /ucznia

_____

_____

Stan zdrowia (podjęta lub zalecana terapia, leki, inne czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie zajęć grupowych]

_____

_____

Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych

_____

_____

(pieczątka i podpis lekarza]

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku
ul. Jakubowskiego 10, 09-402 Płock | tel. 24 364 99 01 | e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl

PROŚBA WNIOSKODAWCY O WYDANIE OPINII O FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIA

.....
(miejscowość, data)

Do Dyrektora

przedszkola/szkoły/ośrodka/placówki

Zwracam się z prośbą o wydanie opinii o funkcjonowaniu dziecka/ucznia:

Imię i nazwisko: .....
Data urodzenia: .....
Klasa/oddział: .....

Podstawa prawna: § 7 ust. 2–7 rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 428). Zgodnie z § 7 ust. 4 o wydanie opinii może również zwrócić się wnioskodawca.

Proszę, aby opinia uwzględniała wyniki obserwacji funkcjonowania dziecka/ucznia i działań diagnostycznych prowadzonych w placówce oraz zawierała:

- datę wydania opinii oraz imię i nazwisko dziecka/ucznia;
- informację o funkcjonowaniu dziecka/ucznia w placówce, w tym o trudnościach, mocnych stronach i uzdolnieniach rozpoznanych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów prowadzących zajęcia;
- informację o działaniach podjętych w celu poprawy funkcjonowania dziecka/ucznia, formach i zakresie pomocy udzielonej w ramach wczesnego wspomagania rozwoju lub pomocy psychologiczno-pedagogicznej, okresie jej udzielania oraz efektach działań i udzielonej pomocy;
- wnioski dotyczące dalszej pracy z dzieckiem/uczniem mające na celu poprawę jego funkcjonowania.

Opis funkcjonowania powinien obejmować aktywność i uczestniczenie, zgodnie z obszarami ICF, adekwatnie do wieku i poziomu rozwoju psychofizycznego:

DZIECKO do ukończenia wychowania przedszkolnego:
- uczenie się i stosowanie wiedzy;
- zachowania społeczne we wzajemnych kontaktach – przystosowanie społeczne i emocjonalne;
- porozumiewanie się;
- aktywność ruchowa – poruszanie się;
- dbanie o siebie.

UCZEŃ:
- uczenie się i stosowanie wiedzy;
- ogólne zadania i obowiązki;
- porozumiewanie się;
- motoryka, poruszanie się, w tym mobilność i aktywność manualna;
- dbanie o siebie, samoobsługa i samodzielność;
- życie domowe;
- wzajemne kontakty i związki międzyludzkie, życie w społeczności szkolnej i lokalnej.

Należy również wskazać zakres i rodzaj trudności w realizacji odpowiednio programu wychowania przedszkolnego lub programów nauczania realizowanych w oddziale, do którego dziecko/uczeń uczęszcza.

Dodatkowo: w przypadku dziecka/ucznia objętego kształceniem specjalnym opinia zawiera aktualną wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania (WOPFU); w przypadku dziecka/ucznia objętego zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi – aktualną okresową ocenę funkcjonowania.

Termin: opinię wydaje się w terminie 10 dni od dnia otrzymania przez dyrektora prośby o jej wydanie. Kopię opinii przekazuje się rodzicom dziecka/ucznia albo pełnoletniemu uczniowi.

Proszę o przekazanie opinii wnioskodawcy w celu przedłożenia jej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku.

.....

podpis wnioskodawcy

Formularz do przekazania przez wnioskodawcę dyrektorowi placówki.

Płock, dnia .....

OŚWIADCZENIE

Ja .....

oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za doprowadzenie mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko dziecka)

na zajęcia w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku oraz drogę powrotną z zajęć do domu.

W sytuacjach szczególnych np.: (zasłabnięcie rodzica, wypadek itp.) proszę o powiadomienie:

……

(imię i nazwisko – numer telefonu)

Potwierdzam, że ww. osoba podała swoje dane dobrowolnie i została zapoznana z treścią klauzuli informacyjnej.

Nie dotyczy uczniów pełnoletnich.

. .....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Administratorem danych osobowych

…… tel. ……
jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku. Pani/Pana dane osobowe zostały przekazane Administratorowi danych przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Dane osobowe są przetwarzane, 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 (Dz. U. UE. L.2016.119.1) – dalej jako RODO, w celu ewentualnego powiadomienia wskazanej osoby w sytuacjach szczególnych. Pozyskane w myśl art. 14 RODO dane ww. osoby nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim.

Klauzula informacyjna

Realizując obowiązek wynikający 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 (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) – dalej jako RODO, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest: **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku, 09-402 Płock, ul. Jakubowskiego 10, e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl, tel. 24 364 99 01**, reprezentowana przez dyrektora.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy RODO poprzez: e-mail: iod@zjoplock.pl, tel. 24 367 89 34.
3. Dane osobowe będę przetwarzane przez Poradnię w celu wydania: orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka zgodnie z treścią składanego wniosku. Ponadto Poradnia będzie przetwarzała dane także w celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecka/ucznia i weryfikacji tożsamości osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dziecka/ucznia oraz jego rodziców/opiekunów prawnych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO *(wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze)* oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO *(ważny interes publiczny)* w zw. z art. 127 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe oraz § 6 rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO *(wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi)* w związku z art. 68 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe.
6. Dane osobowe osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych (imię, nazwisko, telefon kontaktowy) zostały przekazane administratorowi przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka/ucznia.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3. Przy czym podanie adresu poczty elektronicznej, numeru telefonu oraz danych osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych jest dobrowolne i nie wpływa na rozpatrzenie wniosku.
8. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty do tego uprawnione na podstawie przepisów prawa bądź w związku z koniecznością wypełnienia obowiązku prawnego na nich ciążącego. Administrator może również udostępniać dane osobowe podmiotom realizującym cele administratora na podstawie jego polecenia oraz zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, np. dostawcom usług teleinformatycznych (hosting, dostarczanie lub utrzymanie systemów informatycznych), dostawcom usług księgowych, prawnych i doradczych.
9. Okres przechowywania danych: 10 lat od momentu ostatniego wpisu w wykazie klientów korzystających z pomocy poradni.
10. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, nie będą także przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
11. Posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych, a także ich sprostowania. Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, jak również sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
12. Ma Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa), jeśli uzna Pani/Pan, że dane są przetwarzane niezgodnie z prawem.