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

WNIOSEK o wydanie opinii

Ja.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego - ***wypełnij drukowanymi literami***)

zamieszkała/y/.....
(adres zamieszkania)

telefon/ adres poczty elektronicznej .....

wnoszę o wydanie opinii

o ..... ur. .....
(imię i nazwisko dziecka) (data i miejsce urodzenia)

……..…
(pesel dziecka)

zamieszkałym.....
(dokładny adres zamieszkania)

oddział .....szkoły ……
(nazwa i adres szkoły)

w sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia
ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające (właściwe podkreślić)

- **ze stanu zdrowia,**
- **inne (jakie?)…….**

Uzasadnienie (opis problemu):

……

……

……

……

……..

……..

1. Informacje o wcześniejszych badaniach i/lub terapiach psychologiczno-pedagogicznych i logopedycznych
   - czy dziecko było badane i/lub objęte terapią– TAK NIE
   - jeśli TAK – proszę podać rok badania i/lub terapii i nazwę placówki .....

……..

2. **Do wniosku załączam:**
    - **dokumentację określającą trudności w funkcjonowaniu ucznia w szkole,**
    - **zaświadczenie lekarskie,**
    - **opinię nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem o funkcjonowaniu ucznia w szkole**

    - inne ……
3. W przypadku braku możliwości telefonicznego skontaktowania się, wyrażam/nie wyrażam* zgodę na przekazanie terminu badań przez szkołę.
4. **<u>W razie nieusprawiedliwionej nieobecności na pierwszym wyznaczonym spotkaniu, wniosek traktuje się, jako wycofany.</u>**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na obserwację dziecka na terenie szkoły i konsultację z dyrektorem szkoły, nauczycielami, specjalistami (pracującymi z uczniem w szkole) w sprawach dotyczących edukacji i wychowania mojego dziecka.

Wyrażam zgodę na realizację działań diagnostycznych wymagających kontaktu fizycznego, wykorzystujących ruch i dotyk jako metodę diagnostyczną.

…….. …….
(miejscowość, data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że druga osoba sprawująca władzę rodzicielską nad dzieckiem (ojciec/matka/opiekun prawny) również wyraziła zgodę na złożenie i realizację w/w wniosku.

…… ……
(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

<u>BADANIA I KONSULTACJE PRZEPROWADZONE W PORADNI SĄ BEZPŁATNE</u>

Termin konsultacji (bez dziecka) i osoba konsultująca……

Terminy badań diagnostycznych i osoby diagnozujące

- psychologicznych .....

- pedagogicznych .....

- logopedycznych .....

Wnioskodawca został poinformowany o terminie badań telefonicznie/listownie/osobiście (właściwe podkreślić).

Data i podpis osoby informującej: ……

* właściwe podkreślić

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku
09-402 Płock, ul. J. Z. Jakubowskiego 10, tel. 24-364 99 01,kom. 785 504 86, 885 524 437
e-mail: poradnia@poradniaplock2.pl www.poradniaplock2.pl

Opinia nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem o jego funkcjonowaniu w szkole

(dotyczy ucznia, który ma być objęty zindywidualizowaną ścieżką kształcenia)

Podstawa prawna: § 12 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1798 ze zm.).

Imię i nazwisko ucznia…….....

Pesel…….

Oddział……

1. **Informacja o rozpoznanych przez nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwościach psychofizycznych ucznia, w tym jego mocnych stronach i uzdolnieniach.**

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

2. **Informacja o funkcjonowaniu ucznia w szkole, w tym występujących trudnościach.**

……
……
……
……
……
……
……
……
……

3. **Informacja o:**

- działaniach podjętych przez nauczycieli i specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia w szkole:

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

- formach udzielonej uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

- okresie ich udzielania:

  ……
  ……
  ……

- efektach podjętych działań i udzielanej pomocy:

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……..……..

- wnioskach dotyczących dalszej pracy z uczniem mających na celu poprawę jego funkcjonowania:

……
……..……
……..……
……..……..…

Dziękujemy za udzielone informacje.

……..... …….…… .....…….....

(miejscowość, data, podpis osoby sporządzającej opinię) (pieczęć szkoły) (pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Dokument opracowany przez pracowników PPP2, na potrzeby Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku.
Nie podlega kopiowaniu do innych celów.

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 opinii w sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę 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 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 poz. 1591],

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____
Numer PESEL

Pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej

jakiej?_____ od kiedy?_____

Stwierdzenie **czy dziecko/ uczeń wymaga objęcia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

TAK **NIE** (właściwe podkreślić)

Okres od dnia_____do dnia_____,w którym dziecko/ uczeń wymaga objęcia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

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 lub ucznia

_____

_____

_____

_____

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym / wskazanie przedmiotów, które powinny być realizowane indywidualnie

_____

_____

(pieczątka i podpis lekarza)

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, e-mail: iod@zjoplock.pl, tel. 24 367 89 34.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia. Dane osobowe przetwarzane będą także w celu zapewnienia bezpieczeństwa ucznia i weryfikacji tożsamości osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dziecka oraz jego rodziców/opiekunów prawnych jest:

a) art. 6 ust. 1 lit. a RODO *(zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka)* w zakresie przetwarzania adresu poczty elektronicznej i numeru telefonu wnioskodawcy,

b) art. 6 ust. 1 lit. c RODO *(wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze),* art. 6 ust. 1 lit. e RODO *(wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi)* oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO *(ważny interes publiczny)* w związku z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 737 ze zm.) oraz § 12 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1798 ze zm.).

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 oraz art. 68 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 737 ze zm.).
6. Dane osobowe osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych, takie jak: imię, nazwisko oraz telefon kontaktowy, zostały przekazane administratorowi danych przez rodzica/opiekuna prawnego 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. Jednakże podanie przez wnioskodawcę danych takich, jak: adres poczty elektronicznej i numer telefonu, jak też danych osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych jest dobrowolne.
8. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych takich jak: adres poczty elektronicznej i numer telefonu wnioskodawcy jest dobrowolna. Można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie będzie miało jednak wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody tej osoby przed jej cofnięciem.
9. 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.
10. Podane dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat od momentu ostatniego wpisu w wykazie klientów korzystających z pomocy poradni lub do momentu wycofania zgody.
11. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
13. 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.
14. Ma Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa), jeśli uzna Pani/Pan, że dane są przetwarzane niezgodnie z prawem.