|  |
| --- |
| Wpłynęło dnia …………………….…………………..    PPP1 .4304.2021  Odpowiedzialni:  …….………………………………………………..……….  …………………………………………………..……………    Termin realizacji: …………………………………….  Nr teczki …………………………………………………. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL DZIECKA

…………………..….………………… ...………………………….………….……….. *telefon kontaktowy e-mail do rodziców/opiekunów prawnych*

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA nr 1**

**91-335 Łódź ul. Hipoteczna 3/5**

**tel.(fax) 42 651 49 72 42 651 36 52**

**tel. e-mail: kontakt@ppp1.elodz.edu.pl**

# WNIOSEK O UDZIELENIE DZIECKU POMOCY

**(PSYCHOLOGICZNEJ, PEDAGOGICZNEJ, LOGOPEDYCZNEJ)**

**Forma udzielanej pomocy:** (proszę zaznaczyć odpowiedni punkt)

* badanie diagnostyczne
* terapia\* (jaka?) ( psychologiczna, pedagogiczna, logopedyczna, integracja sensoryczna)\*)
* porada, konsultacja
* inne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** ………………………………………………………………………………..………………………………………..

**Data** **urodzenia** ………………………..……………………………..  **miejsce urodzenia** …………..…………………………………………

**Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia** ................................................................................................................

**Imiona i nazwiska rodziców** …………………………………..…………………………………………………………………………………………..

(opiekunów prawnych):  *imię nazwisko matki/opiekunki prawnej imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego*

**Miejsce zamieszkania rodziców:** ……………………………………………………..…………………………………………………………………

(opiekunów prawnych):

**Nazwa przedszkola, szkoły lub placówki**: ……………………………………………………….……………………………..………………..

**Adres** …………………..………….………………………………………………………… **Klasa, oddział**: …………………………………………..

**Uzasadnienie złożenia wniosku:** ………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

**Czy dziecko/uczeń było/był badane/y w poradni psychologiczno-pedagogicznej?** TAK/NIE\*

W tutejszej poradni TAK/NIE\* W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ………..…………………………………

\*) Właściwe podkreślić.

|  |  |
| --- | --- |
| *Miejsce na adnotacje poradni:* |  |
|  |

**Podpisy rodziców/opiekunów prawnych/ pełnoletniego**

**ucznia\*):**

1. ……………………………………….…………………
2. …………………………………………..………………   
   Data ………………………………………………………

**Oświadczam**, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/uczniem, prawnym opiekunem dziecka/ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/uczniem – jeżeli dotyczy.

Jednocześnie oświadczam, że drugi rodzic/opiekun prawny nie wyraża sprzeciwu w związku ze złożeniem niniejszego wniosku.

……………………………………………………………………………………………………………..

Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zostałem/łam poinformowany/a, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych   
i wychowawczych dziecka/ucznia, poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko/uczeń uczęszcza, o wydanie opinii/informacji nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów,** o których mowa w ust. 5. § 5.1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologicznopedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych.

……………………………………………………………………………………………………………..

Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Wyrażam zgodę** na konsultacje w sprawach dziecka z przedszkolem/szkołą/placówką, lekarzem i innymi specjalistami prowadzącymi zgodnie z potrzebami ustalanymi na bieżąco przez osoby badające/konsultujące

**Zaznacz X przy odpowiedniej odpowiedzi**

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |
|  |  |

……………………………………………………………………………………………………………..

Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Potwierdzam, że zapoznano mnie z klauzulą Informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych** obowiązującą w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1 w Łodzi, która jest administratorem danych osobowych dziecka oraz rodziców lub opiekunów prawnych. Ponadto zostałem poinformowany że klauzula dostępna jest na stronie internetowej Poradni - **www. ppp1lodz.edu.pl**.

.............................................. …………..……………………………………

*(miejscowość i data) (czytelny podpis rodzica, opiekuna prawnego)*