Anna Kowalska
……
imię i nazwisko matki (opiekuna prawnego) dziecka

Adam Kowalski
……
imię i nazwisko ojca (opiekuna prawnego) dziecka

888-888-888 / 777-777-777
……
numer telefonu matki / numer telefonu ojca lub (opiekuna prawnego)

**Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2**
**ul. 28 Czerwca 1956 r. 296/298**
**61-469 Poznań**

## ZGŁOSZENIE NA BADANIE / KONSULTACJĘ / TERAPIĘ

**1. Dane dziecka/ucznia:**

| | | |
|---|---|---|
| imię (imiona) i nazwisko | Jan Kowalski | |
| data i miejsce urodzenia | 02-02-2011r., Poznań | |
| nr PESEL | 2 1 0 2 0 2 0 0 0 0 0 | nie dotyczy<br>……<br>**seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość**<br>*(w przypadku braku numeru pesel)* |
| adres zamieszkania | ul. Przykładowa 1/1, 61-000 Poznań | |
| nazwa przedszkola/szkoły | Szkoła Podstawowa nr 1000, | |
| adres przedszkola/szkoły | ul. Przykładowa 2/2, 61-000 Poznań | III<br>……..<br>oddział / klasa / zawód |

Uwaga! Nr dowodu tożsamości wpisujemy tylko i wyłącznie, jeżeli dziecko nie ma nadanego numeru PESEL.
W przeciwnym razie pozostawiamy to pole puste

**2. Powód zgłoszenia**

Trudności w nauce czytania.
……

……

……

**3. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o wynikach badań placówce oświatowej, do której dziecko uczęszcza, jeżeli zaistnieje taka potrzeba:** ☒ **tak** ☐ **nie**

**4. Dodatkowe informacje**

1. Jeżeli dziecko/uczeń ma zalecone przez okulistę noszenie okularów konieczne jest zgłoszenie się na badanie z okularami.
2. W przypadku trudności w pisaniu i czytaniu do wniosku należy dołączyć wyniki badań wzroku i słuchu (audiogram) lub tylko badań słuchu – w przypadku opóźnionego rozwoju mowy.
3. Informujemy, że w wyniku prowadzonej diagnozy może zaistnieć konieczność dołączenia do dokumentacji innych wyników badań lekarskich od lekarza specjalisty wskazanego przez psychologa/pedagoga/logopedę Poradni.
4. Informujemy, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka albo pełnoletniego ucznia, poradnia może zwrócić się do dyrektora przedszkola, szkoły, do której uczęszcza dziecko/uczeń o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców lub innych specjalistów szkolnych.

☒ ***(zaznaczyć)*** Zapoznałam/em się z ogólną klauzulą informacyjną dotyczącą Ochrony Danych Osobowych w ZPPP2.

Bardzo prosimy pamiętać o zaznaczeniu tego punktu.

Poznań, dn. ..20../..04../2020r. ……. ……..

***podpisy wnioskodawców****

Wniosek muis zostać wydrukowany i własnoręcznie podpisany

**Podpis obojga rodziców/ opiekunów prawnych. W przypadku jednego podpisu, będzie to równoznaczne z przyjęciem odpowiedzialności rodzica składającego podpis za decyzję drugiego z rodziców.*