

Poznań, dnia

.....
imię i nazwisko matki

□□-□□□□

adres zamieszkania matki (i do korespondencji)

.....
imię i nazwisko ojca

□□-□□□□

adres zamieszkania ojca (i do korespondencji)

Telefon kontaktowy:

**Zespół Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2
w Poznaniu**

WNIOSEK O WYDANIE OPINII

**W SPRAWIE OBJĘCIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ W FORMIE ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI
REALIZACJI ROCZNEGO OBOWIĄZKOWEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO / ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI
KSZTAŁCENIA**

imię (imiona) i nazwisko		
data i miejsce urodzenia		
nr PESEL	□□□□□□□□□□ seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)
adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica)	□□□ - □□□□□	
nazwa przedszkola/szkoły		
adres przedszkola/szkoły	 oddział / klasa / zawód

Przyczyna wydania opinii

(trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Do wniosku dołączono:

1. Dokumentację potwierdzającą trudności dziecka/ucznia:*

- opinie specjalistów, wyniki obserwacji, zaświadczenia o udzielanej poza przedszkolem/szkolą pomocy psychologiczno-pedagogicznej i terapeutycznej

Wypisać jakie:

.....
.....
.....

2. Dokumentację medyczną dziecka/ucznia potwierdzającą ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia:*

- zaświadczenie lekarskie zawierające rozpoznanie choroby oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach szkolnych wspólnie z oddziałem
- inna dokumentacja medyczna

3. Opinie nauczycieli, wychowawców, specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem/uczniem w przedszkolu/szkole o funkcjonowaniu dziecka/ucznia w placówce:*

- opinia wychowawcy
- opinie nauczycieli

Wypisać jakie:

.....
.....
.....

- opinie specjalistów

Wypisać jakie:

.....
.....
.....

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

Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości wykorzystania przez osoby prowadzące, w trakcie rozpatrywania wniosku, dokumentacji dotyczącej mojego dziecka będącej w posiadaniu Poradni oraz o możliwości zasięgnięcia opinii nauczycieli placówki, do której uczeń/ dziecko uczęszcza lub wychowawców placówki, w której przebywa.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w ZPPP2 w Poznaniu dostępne są na stronie internetowej www.zppp2.pl oraz dostępne są w pomieszczeniach ogólnodostępnych Poradni.

Informacja o możliwości odbioru opinii zostanie przekazana **w formie sms na nr telefonu podany we wniosku.**

Wyrażam zgodę na odbiór dokumentów przez.....

- Biorę odpowiedzialność** za brak podpisu matki / ojca

.....
imię i nazwisko, podpis wnioskodawcy

.....
imię i nazwisko, podpis wnioskodawcy

* odpowiednie zaznaczyć

INFORMACJA OD RODZICA

na potrzeby wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

1) Jakie formy pomocy zostały zaproponowane dziecku przez szkołę?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Z jakich form pomocy skorzystało Pańskie dziecko?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Jakie były efekty podjętych przez szkołę działań?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....