

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

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA/OPINII**

Podstawa prawna: § 6 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017 r., poz. 1743).

<input type="checkbox"/> o potrzebie kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> o potrzebie indywidualnego nauczania <input type="checkbox"/> o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju <input type="checkbox"/> o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych <input type="checkbox"/> o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych <input type="checkbox"/> o braku potrzeby kształcenia specjalnego
--	--

**1. Dane dziecka/ucznia:**

imię (imiona) i nazwisko															
data i miejsce urodzenia															
nr PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													..... seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)	
Adres zamieszkania															
nazwa przedszkola/szkoły															
adres przedszkola/szkoły			..... oddział / klasa / zawód												

**2. Dane wnioskodawcy/wnioskodawców:**

imię i nazwisko															
adres zamieszkania	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
nr telefonu															

**3. Dane rodziców:**

	matka	ojciec
imię i nazwisko		
adres zamieszkania		
nr telefonu		

**4. Cel i przyczyna wydania orzeczenia/ opinii:**

**Cel:**

---

**Przyczyna:**

---

**5. Informacje o poprzednio wydanych dla dziecka/ucznia orzeczeniach lub opiniach:**

Wydane uprzednio dokumenty znajdują się w Karcie Indywidualnej dziecka/ucznia będącej w posiadaniu tutejszej Poradni.

TAK    NIE

Jeżeli tutejsza Poradnia nie dysponuje dokumentacją dziecka, prosimy o wypełnienie poniższej tabeli:

I.p.	rodzaj opinii/orzeczenia	wydane przez	data
1.			
2.			
3.			

6. Czy dziecko/uczeń posługuje się językiem polskim w stopniu umożliwiającym porozumiewanie się?  TAK  NIE

Jeżeli nie, to w jaki sposób komunikuje się dziecko/uczeń:

- za pomocą języka migowego;
- za pomocą języka używanego w domu rodzinnym (innego niż polski) – jakiego? \_\_\_\_\_
- alternatywnych metod komunikacji – jakich? \_\_\_\_\_

### 7. Oświadczenia Wnioskodawcy

<input type="checkbox"/> <b>Wyrażam zgodę</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie wyrażam zgody</b>	na przekazywanie informacji o wynikach badań oraz informacji o wydanej decyzji administracyjnej placówce oświatowej, do której dziecko uczęszcza, jeżeli zaistnieje taka potrzeba.
<input type="checkbox"/> <b>Wyrażam zgodę</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie wyrażam zgody</b>	na uczestnictwo (na wniosek przewodniczącego zespołu orzekającego): nauczyciela, wychowawcy grup wychowawczych i specjalisty, asystenta nauczyciela, pomocy nauczyciela, asystenta edukacji romskiej.
<input type="checkbox"/> <b>Wyrażam zgodę</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie wyrażam zgody</b>	na uczestnictwo w posiedzeniu zespołu orzekającego: psychologa, pedagoga, logopedy, lekarza lub innego specjalisty spoza podstawowego składu zespołu orzekającego.

.....  
imię i nazwisko / adres do korespondencji / telefon

- (**zaznaczyć**) Zostałem/am poinformowany/a, że Przewodniczący Zespołu Orzekającego dołączy do złożonego wniosku wyniki przeprowadzonych obserwacji i badań diagnostycznych wykonanych w tutejszej Poradni na potrzeby sprawy.
- (**zaznaczyć**) Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wykorzystania przez Zespół Orzekający, w trakcie rozpatrywania wniosku, dokumentacji dotyczącej mojego dziecka będącej w posiadaniu Poradni (zawartej w Karcie Indywidualnej dziecka) oraz o możliwości zasięgnięcia przez Zespół Orzekający opinii nauczycieli szkoły, do której uczeń uczęszcza lub wychowawców placówki, w której uczeń przebywa.

### 8. Załączniki:

zaświadczenie lekarskie	opinie	wyniki badań (wykonywanych w innych placówkach)	pozostałe
<input type="checkbox"/> o stanie zdrowia dziecka <input type="checkbox"/> o możliwości dalszego kształcenia w zawodzie	<input type="checkbox"/> wychowawcy/nauczycieli uczących dziecko/ucznia <input type="checkbox"/> innych specjalistów pracujących regularnie z dzieckiem	<input type="checkbox"/> psychologicznych <input type="checkbox"/> pedagogicznych <input type="checkbox"/> logopedycznych	<input type="checkbox"/> poprzednie orzeczenia PPP <input type="checkbox"/> poprzednie opinie PPP

INNE:

.....  
\*niepotrzebne skreślić

9. Wyrażam zgodę na odbiór dokumentów przez.....

10. Wyrażam zgodę na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej (np. powiadomienia o wszczęciu postępowania lub zawiadomienia o terminie zespołu orzekającego).  TAK  NIE

Jeżeli tak, prosimy o podanie adresu e-mail: .....

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w ZPPP2 w Poznaniu dostępne są na stronie internetowej [www.zppp2.pl](http://www.zppp2.pl) oraz dostępne są w pomieszczeniach ogólnodostępnych Poradni.

<b>Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem:</b>	
<input type="checkbox"/> rodzicem dziecka/ucznia sprawującym władzę rodzicielską <input type="checkbox"/> osobą (podmiotem) sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem	<input type="checkbox"/> prawnym opiekunem <input type="checkbox"/> pełnoletnim uczniem
..... <b>podpis osoby przyjmującej wniosek</b>	..... <b>czytelny podpis wnioskodawcy</b>