

.....
(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

.....
(miejscowość dnia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

WNIOSEK do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej
RODZICA/ prawnego opiekuna/ O ZORGANIZOWANIE
ZAJĘĆ KOREKCYJNO-KOMPENSACYJNYCH

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Imiona rodziców.....

Miejsce zamieszkania.....

Przedszkole/ Szkoła..... Klasa.....

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. Dziecko ma problemy (właściwe podkreślić):

- zaburzenia procesów uczenia się (np. dzieci mające specyficzne potrzeby edukacyjne: dysleksja, dysgrafia, dysortografia)
- zaburzenia rozwoju psychomotorycznego wieku dziecięcego
- trudności w nauce
- inne problemy (wpisać jakie).....

.....

.....
Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

Czy dziecko dotychczas korzystało z zajęć korekcyjno-kompensacyjnych na terenie szkoły/placówki (właściwe podkreślić)

- **tak** (w jakim okresie czasu).....

Czy nastąpiła poprawa w zakresie pisania i czytania ?:.....

- **nie** - z jakiego powodu.....

.....
Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

Do zakwalifikowania dziecka do zajęć wymagane jest:

- Osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumentację uzasadniającą wniosek, a zwłaszcza wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich (dotyczy dzieci nie znajdujących się pod opieką Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej). W przypadku braku takiej dokumentacji konieczne będzie przeprowadzenie badań psychologiczno-pedagogicznych z wywiadem dotyczącym historii życia dziecka.
- Pisemna zgoda rodziców na terapię.

- **O przyjęciu dziecka decyduje spełnienie w/w wymagań oraz kolejność zgłoszeń (z numerem telefonu).**

Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

.....

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Administratora danych osobowych, tj. przez Poradnię psychologiczno- pedagogiczną w Ostrowcu Św. ul. Żeromskiego 5 danych osobowych moich i mojego dziecka , członków mojej rodziny w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość uzupełniania, uaktualniania oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe oraz, że podanie danych jest dobrowolne.

Rozporządzenie MEN z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych

W dniu.....Zespół ds. pomocy korekcyjno-kompensacyjnej dokonał analizy przedstawionej dokumentacji i zakwalifikował/ nie zakwalifikował dziecko do zajęć.

Podpisy członków zespołu