

W n i o s e k
o wydanie opinii
przez Miejską Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Krośnie
w sprawie objęcia ucznia:

- zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Imię i nazwisko ucznia:

PESEL: Obywatelstwo

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres przedszkola /szkoły/ placówki, do której uczęszcza uczeń:

.....

Oddział przedszkolny / klasa:

Nazwa zawodu /w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie/

Imię i nazwisko matki:

Imię i nazwisko ojca:

.....

.....

Adres zamieszkania, telefon:

Adres zamieszkania, telefon:

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko prawnego opiekuna lub osoby (podmiotu) sprawującego pieczę zastępczą nad dzieckiem:

.....

Adres zamieszkania, telefon:

.....

Określenie przyczyny, z powodu której niezbędne jest uzyskanie opinii:

- ze względu na trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu lub ucznia w szkole - **wynikające ze stanu zdrowia**
- ze względu na trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu lub ucznia w szkole - **wynikające z przyczyn innych, niż stan zdrowia**

Oświadczam, że jestem:*

- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem;
- prawnym opiekunem dziecka;
- osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem;
- pełnoletnim uczniem.

* właściwe zaznaczyć

.....
podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka i podpisując niniejszy wniosek - reprezentuję zgodną wolę obojga rodziców

.....
podpis wnioskodawcy

Załączam*:

- dokumentację określającą trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole (m.in. zapisy lub dokumentację szkolną/przedszkolną informującą o trudnościach w funkcjonowaniu ucznia)
- zaświadczenie od lekarza – określające wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole lub przedszkolu oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym lub w zajęciach wychowania przedszkolnego wspólnie z oddziałem przedszkolnym - w przypadku ucznia objętego indywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia
- opinie nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem o jego funkcjonowaniu w szkole/przedszkolu.

* właściwe zaznaczyć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zgłaszanych przeze mnie danych osobowych w MPPP w Krośnie, w tym dostarczonej dokumentacji medycznej, szkolnej/przedszkolnej lub innych informacji niezbędnych w celu uzyskania pomocy psychologiczno – pedagogicznej (zgodnie z art. 6 ust.1 pkt a i art. 9 ust. 2 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
podpis wnioskodawcy

Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Krośnie jest dostępna na stronie internetowej: www.mpppkrosno.pl, BIP oraz w miejscu składania dokumentów z danymi osobowymi.

Potwierdzam odbiór opinii:

.....
data

.....
podpis