**W n i o s e k**

**do Zespołu Orzekającego**

w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Krośnie:

* **o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**
* o uchylenie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka/**wydanie nowej opinii**
* **o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**
* o uchylenie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/**wydanie nowego orzeczenia**
* **o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**
* **o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego**

**przygotowania przedszkolnego**

* **o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych**
* o uchylenie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych/**wydanie nowego orzeczenia**

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia**……………………………………………………………………

PESEL: □□□□□□□□□□□

lub seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość ……….................................................................................

Data i miejsce urodzenia………………………………………………………………………..................

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………….................

**Nr telefonu /w przypadku pełnoletniego ucznia/**: … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … …

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

…………………………………………………………………………………………………................

**Imię i nazwisko matki: Imię i nazwisko ojca:**

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..

Adres zamieszkania:     Adres zamieszkania:

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Nr telefonu: … … … … … … … … … … … … … … … Nr telefonu: … … … … … … … … … … … … … … … …

**Imię i nazwisko prawnego opiekuna lub osoby/podmiotu sprawującego pieczę zastępczą nad dzieckiem:**

 … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Adres zamieszkania, nr telefonu ………………………………………………………………………..

**Cel i przyczyna, dla której niezbędne jest uzyskanie orzeczenia/opinii:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Dziecko/uczeń posiada orzeczenie /jakie**?/…………………………………………………………wydane przez: ………………………………………………………………. data wydania………….....

**Dziecko posiada opinię o wczesnym wspomaganiu rozwoju** wydaną przez:…………………….......

………………………………………………………………………………. data wydania: ……………

**Stosowane metody komunikowania się** (*w przypadku, gdy dziecko/uczeń wymaga wspomagających metod komunikacji lub nie posługuje się językiem polskim w sposób komunikatywny)*………………….

***Oświadczam, że jestem:*** */*właściwe zaznaczyć/

** *rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem;***

** *prawnym opiekunem dziecka;***

***osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem;***

***pełnoletnim uczniem.***

 … … … … … … … … … … … … … … … …

*podpis wnioskodawcy*

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

 … … … … … … … … … … … … … … … …

*podpis wnioskodawcy*

\*właściwe podkreślić lub uzupełnić:

***\* Wyrażam /nie wyrażam zgody na uczestnictwo z głosem doradczym w posiedzeniu Zespołu Orzekającego (na wniosek przewodniczącego zespołu) następujących osób wyznaczonych przez dyrektora przedszkola, szkoły, placówki lub ośrodka:***

a) nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem/uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce,

b) asystenta nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystenta wychowawcy świetlicy,
c) pomocy nauczyciela,

d) asystenta edukacji romskiej

***\* Wyrażam /nie wyrażam zgody na uczestnictwo w Zespole Orzekającym innych osób, niż wyżej wymienieni,*** *w szczególności****:*** psychologa, pedagoga, logopedy, lekarza lub specjalisty
***\* Wnioskuję o udział w/w osób:*** (imię, nazwisko, numer telefonu, adres do powiadomienia):

…………………………………………………………………………………………………………………………….

***\* Wyrażam /nie wyrażam zgody na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.***

 … … … … … … … … … … … … … … … …

*podpis wnioskodawcy*

***Załączam dokumentację uzasadniającą wniosek: /***właściwe zaznaczyć/

*wydane przez specjalistów opinie, zaświadczenia oraz wyniki obserwacji i badań:*

 *psychologicznych, pedagogicznych, lekarskich* 

*dokumentację medyczną dotyczącą leczenia specjalistycznego*

*poprzednio wydane orzeczenia lub opinie (jeżeli takie zostały wydane)*

*zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/pełnoletniego ucznia*

 *zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy*

*opinię z przedszkola / szkoły/ ośrodka*

*inne dokumenty, jakie? ………………………………………………………………………………………………...*

***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 MPPP w Krośnie jest dostępna na stronie internetowej:* [*www.mpppkrosno.pl*](http://www.mpppkrosno.pl) *, BIP oraz w miejscu składania dokumentów z danymi osobowymi.*

**………………………………………………………………………………………………………..**

**Potwierdzam odbiór:**

* opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka
* orzeczenia

………………… ………………………………….

 *data podpis*