ZGŁOSZENIE SKŁADA RODZIC/PRAWNY OPIEKUN/PEŁNOLETNI UCZEŃ

**NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

……………………………………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia)

Adres :………………………………………………………………………......................................................

Telefon:……………………………………adres email:……………………………….………………………

**ZGŁOSZENIE**

**Do Poradni Psychologiczno –Pedagogicznej nr 1 w Bydgoszcz**

1. Zgłaszam do poradni dziecko/siebie (dotyczy pełnoletniego ucznia):[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię/imiona dziecka/ucznia uczennicy | Wypełnić drukowanymi literami | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia | Wypełnić drukowanymi literami | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Adres zamieszkania zgłaszanego dziecka/ucznia | Wypełnić drukowanymi literami | | | | | | | | | | | |
| Imiona i nazwiska opiekunów prawnych i stopień pokrewieństwa | Wypełnić drukowanymi literami | | | | | | | | | | | |
| Szkoła/przedszkole, do którego uczęszcza zgłaszany – nazwa i adres | Wypełnić drukowanymi literami | | | | | | | | | KLASA | | |

1. **Powód zgłoszenia:**1

* Nieprawidłowości w rozwoju małego dziecka
* Gotowość szkolna (przed rozpoczęciem nauki w kl. I SP)
* Uogólnione trudności w nauce
* Trudności w nauce czytania/pisania/, w nauce matematyki
* Trudności w zachowaniu, problemy wychowawcze
* Trudności emocjonalne
* Zaburzenia mowy (jakie?.......................................................................................................................)
* Konsultacja logopedyczna
* Szczególne uzdolnienia
* Konsultacja z doradcą zawodowym
* Diagnoza dziecka z niepełnosprawnością (podać jaką?)…………………………………………………
* Kontynuacja kształcenia specjalnego
* Zezwolenie na zatrudnienie młodocianego pracownika
* Inne (podać jakie?)……………………………………………………………………………………….

1. **Czy zgłaszany był pod opieką poradni psychologiczno –pedagogicznej:**

* TAK – Poradnia Psychologiczno –Pedagogiczna nr 1 w Bydgoszczy
* TAK – inna poradnia, podać jaka………………………………………………………………

***Do zgłoszenia należy dołączyć wniosek o przekazanie dokumentacji wzór dostępny na stronie PPP1: https://ppp1.edu.bydgoszcz.pl - zakładka „pliki do pobrania”***

* NIE

1. Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/uczniem, prawnym opiekunem dziecka/ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/uczniem.[[2]](#footnote-2)
2. Do zgłoszenia dołączam kserokopie:

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

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych.
2. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niezłożenia przeze mnie opinii nt. funkcjonowania dziecka w szkole/przedszkolu poradnia może zwrócić się do szkoły/przedszkola o jej wydanie.
3. Przyjmuje, do wiadomości, że mam prawo zmienić dane przekazane poradni, a także wycofać zgłoszenie oraz zrezygnować z usług poradni.
4. Oświadczam, że dane podane przeze mnie we wniosku są prawdziwe.
5. **Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie do poradni nie jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o wydanie opinii/orzeczenia.**
6. Zgodnie z wymogami art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. wyrażam dobrowolnie zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną nr 1 w Bydgoszczy danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do rejestracji, a także na wykorzystywanie ich do kontaktu ze mną w celach informacyjnych dot. ww. procesu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Informacje organizacyjne: • pracownik poradni podejmuje kontakt ze zgłaszającym w celu umówienia wizyty w ciągu miesiąca od dnia wpłynięcia zgłoszenia do rejestracji (w okresie trwania ferii letnich okres ten może wydłużyć się – nastąpi najpóźniej w pierwszych dniach września); w wypadku braku kontaktu ze strony poradni we wskazanym wyżej terminie – prosimy o kontakt telefoniczny z rejestracją poradni celem wyjaśnienia sytuacji (tel.52 322 52 06, 52 322 52 07, 667-662-984),

……………………………………… ………………………………………………..

Data Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***WYPEŁNIA PRACOWNIK PORADNI*** | | | |
| *Data wpłynięcia zgłoszenia* |  | *Podpis przyjmującego* |  |
| *Numer zgłoszenia* |  | | |
| *Dekretacja* |  | *Podpis dekretującego* |  |
| *Umówiony termin wizyty* |  | *Podpis osoby umawiającej* |  |

*Dodatkowe adnotacje pracownika Poradni:*

1. Właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe podkreślić. [↑](#footnote-ref-2)