



KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA/PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ*

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1 w Katowicach

Proszę o przeprowadzenie

- diagnozy psychologicznej, diagnozy pedagogicznej, diagnozy logopedycznej*
 konsultacji / porady*
 terapii psychologicznej, terapii pedagogicznej, terapii logopedycznej*
 terapii Biofeedback* socjoterapii*
 inne (jakie)*

(*właściwe zakreślić)

Imię i nazwisko

PESEL.....

Data urodzenia miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Imiona i nazwisko/a rodziców/prawnych opiekunów

..... telefon kontaktowy.....

Nazwa szkoły/placówki

..... klasa/oddział

Uzasadnienie

.....

.....

Załączniki

.....

Zastalam/em poinformowana/y*, że PPP - 1 zwróci się do dyrektora placówki do której w/w uczęszcza o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców, specjalistów o jego problemach dydaktycznych i wychowawczych.

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y* na odbycie przez pracownika PPP - 1 konsultacji w sprawie mojego dziecka: z pracownikami pedagogicznymi placówki oświatowej, do której uczęszcza dziecko oraz pracownikami innych placówek zajmujących się pomocą dzieci i młodzieży.

Podpisanie prośby jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do prowadzenia działalności diagnostyczno-terapeutycznej przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Katowicach (Podstawa prawna: Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.)

(* właściwe podkreślić)

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Nazwa Placówki.....

Data

Charakterystyka dziecka/ucznia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kierunek pracy przyjęty przez wychowawcę/nauczyciela:

.....
.....
.....
.....

Imię i nazwisko wychowawcy/nauczyciela:.....

.....
imię i nazwisko osoby wypełniającej

.....
pieczętka i podpis dyrektora placówki