

.....
 (data przyjęcia zgłoszenia, pieczęć i podpis)

ZGŁOSZENIE DO PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

| | | | |
|---|-------------|---|----------------|
| I. DANE DZIECKA/UCZNIA | | | |
| Imiona | | Nazwisko | |
| Data urodzenia, miejsce urodzenia: | | Numer PESEL | |
| | | | |
| Imię, nazwisko ojca/prawnego opiekuna* | | Imię, nazwisko matki/prawnej opiekunki* | |
| Telefon kontaktowy: | | Telefon kontaktowy: | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| Kod | Miejscowość | Ulica | Nr domu/lokalu |
| II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSZKOLA, SZKOŁY, PLACÓWKI, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO/UCZEŃ | | | |
| Pełna nazwa placówki: | | | |
| Kod pocztowy | | Miejscowość | |
| Ulica | | | |
| Grupa wychowawcza (dotyczy tylko przedszkola) | | Klasa | |
| III. CEL ZGŁOSZENIA:* | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. odroczenie rozpoczęcia spełniania obowiązku szkolnego 2. objęcie ucznia nauką w klasie terapeutycznej 3. trudności w nauce czytania i pisania (w tym ortograficzne) 4. udzielenie zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki 5. ogólne problemy w nauce 6. problemy wychowawcze 7. ocena rozwoju 8. wada wymowy 9. wybór kierunku dalszego kształcenia, zawodu 10. przyjęcie ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy 11. zwolnienie z nauki drugiego języka obcego ucznia z głęboką dysleksją, z wadą słuchu 12. przyjęcie do szkoły ponadgimnazjalnej ucznia z problemami zdrowotnymi ograniczającymi możliwości wyboru kierunku kształcenia 13. udzielenie zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu 14. brak przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych 15. konsultacja, porada 16. terapia pedagogiczna/psychologiczna/logopedyczna* 17. terapia EEG - Biofeedback 18. inne dotyczące kształcenia i wychowania określone w odrębnych przepisach <p align="center">.....</p> <p>.....</p> | | | |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| IV. ZAŁĄCZONE DOKUMENTY | | |
| Zaświadczenie lekarskie: TAK/NIE* | Opinia wychowawcy: TAK/NIE* | Opinia nauczyciela prowadzącego zajęcia z uczniem: TAK/NIE* |
| Inne dołączone dokumenty: | | |
| Czy dziecko korzystało z pomocy Poradni? Jakiej?..... | | |
| Rok badania..... | | |

- 1) Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy i przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Ośrodek Rozwoju Edukacji w Jaworze zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ust. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami).
- 2) **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na kontakt pracowników Poradni ze szkołą/przedszkolem w sprawach dotyczących mojego dziecka.
- 3) Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych do Poradni w drodze do Poradni i z Poradni do domu odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni.
- 4) Oświadczam, że podane w zgłoszeniu dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym ¹

*) właściwe zaznaczyć

Informacja dla rodzica zgłaszającego dziecko/ucznia
do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jaworze

- 1) Na pierwsze badanie rodzic przynosi książeczkę zdrowia dziecka oraz jeśli posiada- aktualną dokumentację medyczną (np. wyniki konsultacji neurologicznych, okulistycznych, wypisy ze szpitala- wtedy gdy dziecko było leczone),
- 2) Nie należy przyprawdzać na badanie/wizytę dziecka chorego (leczzonego antybiotykiem, z chorobą zakaźną, nieżytem żołądkowo-jelitowym itp.)
- 3) Brak możliwości przybycia na wizytę w wyznaczonym terminie należy zgłosić możliwie najwcześniej w sekretariacie Poradni pod nr telefonu (76) 721 19 24 lub osobiście, po czym zostanie wyznaczony kolejny termin.
- 4) W przypadku niestawienia się na badanie w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, zgłoszenie nie będzie zrealizowane.
- 5) Jeśli uczeń nosi okulary, aparat słuchowy przynosi je na każdą wizytę.
- 6) Uczeń diagnozowany z uwagi na trudności w nauce przynosi ze sobą zeszyty przedmiotowe, kserokopie dyktand, sprawdzianów, zalecone ćwiczenia ortograficzne.
- 7) W sytuacjach losowych (np. choroba pracownika) Poradni zastrzega sobie możliwość zmiany terminu wizyty.

.....
Miejscowość, data wypełnienia zgłoszenia

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy:
rodzica/prawnego opiekuna*
(imię i nazwisko)

¹ Zgodnie z art. 233. § 1. Kodeksu karnego - kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.