



....., dnia.....  
(miejsowość)

## Zgłoszenie dziecka do przeprowadzenia badań diagnostycznych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Kwidzynie

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL dziecka 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania dziecka.....

Nazwa i adres szkoły/placówki .....klasa.....

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów:

Matka/opiekun/ .....

Ojciec/opiekun/ .....

Adres ich zamieszkania .....

.....nr telefonu.....

Czy dziecko było badane w poradni TAK\* /NIE, kiedy.....

Uzasadnienie wniosku .....

.....

.....

**Wyrażam zgodę**, o ile zajdzie taka potrzeba, na kontakty pracowników poradni z nauczycielami w przedszkolu, szkole lub placówce w sprawie mojego dziecka, obserwację mojego dziecka na terenie przedszkola, szkoły lub placówki, pozyskanie opinii o moim dziecku od nauczycieli przedszkola, szkoły lub placówki oraz na przekazanie do przedszkola, szkoły lub placówki, do której uczęszcza moje dziecko informacji związanych ze złożonym wnioskiem.

TAK\*    NIE

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Dołączam:

1. Badanie lekarskie.
2. Opinię nauczyciela/wychowawcy.
3. Badanie okulistyczne - konieczne w przypadku podejrzenia lub wady wzroku.
4. Badanie laryngologiczne- konieczne w przypadku podejrzenia lub wady słuchu.
5. Inne.....

Data przyjęcia przez poradnię zgłoszenia o przeprowadzenie badań.....

Podpis osoby przyjmującej.....

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z art.13 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 (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci i młodzieży, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych Pana/Pani oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kwidzynie, ul. Grudziądzka 8, 82-500 Kwidzyn, tel.552792119, e-mail:ppp@pppkwidzyn.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie możliwy jest pod numerem telefonu 602255075 lub adresem e-mail: iod@e-atc.pl.
3. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kwidzynie zbiera i przetwarza dane osobowe na podstawie art.6 ust.1 lit.c, art.9 ust.2 lit.a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią zadań statutowych na rzecz dzieci i młodzieży, określonych w Ustawie-Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okresy określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie, zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Elblągu z/s w Malborku.
5. Ma Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Kwidzynie jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego.

.....  
(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)

## **CZĘŚĆ DRUGA - ( wypełnia rodzic / opiekun prawny po badaniu dziecka w poradni )**

**W związku z przeprowadzonymi badaniami mojego dziecka (dane dziecka i powód badania j/w, str.1 ), które odbyły się w**

**dnia.....**

**zwracam się z prośbą o pisemne wydanie opinii**

**Kwidzyn, .....**  
( data)

.....  
**Podpis rodzica/ opiekuna prawnego**