

RAWA MAZOWIECKA. DN. ....

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII**  
WYPEŁNIAJĄ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE DZIECKA

.....  
(IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA)

.....  
(DATA I MIEJSCE URODZENIA)

**PESEL**

.....  
(KLASA, NAZWA I ADRES SZKOŁY)

.....  
(IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

.....  
(DOKŁADNY ADRES ZAMIESZKANIA RODZICÓW /PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

.....  
(TELEFON KONTAKTOWY)

CZY DZIECKO KORZYSTAŁO WCZEŚNIEJ Z POMOCY NASZEJ PORADNI?

.....  
CZY DZIECKO AKTUALNIE KORZYSTA Z TERAPII W PORADNI?

**Określenie celu, dla którego niezbędne jest uzyskanie opinii – podkreślić**

1. **DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA** -(PRZYSPIESZENIE OBOWIĄZKU -ODROCZENIE OBOWIĄZKU SZKOLNEGO)
2. **DOSTOSOWANIE WYMAGAŃ** EDUKACYJNYCH (TRUDNOŚCI SZKOLNE O CHARAKTERZE OGÓLNYM)
3. **RYZIKO DYSLEKSJI** KL. 0- III
4. **DYSLEKSJA, DYSGRAFIA, DYSORTOGRAFIA**, DOSTOSOWANIE WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH ORAZ WARUNKÓW: SPRAWDZIANU UCZNIÓW KL. VIII SZKOŁY PODSTAWOWEJ, EGZAMINU MATURALNEGO
5. **ZWOLNIENIE** UCZNIĄ Z WADĄ SŁUCHU LUB Z GŁĘBOKĄ DYSLEKSJĄ ROZWOJOWĄ, AFAZJĄ, NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI SPRĘŻONYMI NAUKI DRUGIEGO JĘZYKA OBCEGO.
6. **ZEZWOLENIE** NA INDYWIDUALNY PROGRAM LUB TOK NAUKI, LUB NAUKA W DOMU LUB ZINDYWIDUALIZOWANA ŚCIEŻKA EDUKACYJNA
7. **PRZYJĘCIE UCZNIĄ GIMNAZJUM** DO ODDZIAŁU PRZYSPOSABIAJĄCEGO DO PRACY (OHP)
8. **PRZYJĘCIE UCZNIĄ Z PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI** DO KL. I SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ ORAZ POMATURALNEJ I POLICEALNEJ
9. **NAUKA W KLASIE TERAPEUTYCZNEJ**
10. **OBJĘCIE DZIECKA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ** W PRZEDSZKOLU, SZKOLE I INNEJ PLACÓWCE OŚWIATOWEJ
11. **BADANIE** LOGOPEDYCZNE
12. **BADANIE** INTEGRACJI SENSORYCZNEJ
13. **BADANIE** PSYCHOLOGICZNE
14. **INNE** ;  
(np.: zezwolenie (lub brak zezwolenia) na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do pracy lub nauki zawodu) .....

**UZASADNIENIE**

.....  
Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji statutowych zadań przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Rawie Mazowieckiej, ul. Niepodległości 8; 96- 00 Rawa Mazowiecka. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana o możliwości wycofania zgodny na przetwarzanie wyżej wymienionych danych w formie pisemnej w siedzibie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawie Mazowieckiej.

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

Wyrażam zgodę na przekazanie opinii dziecka do szkoły.

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

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. Unii Europejskiej z dnia 04.02.2016 r. L 119/1) zwanym RODO, informuję, że:

1. Administratorem *Pana/Pani danych osobowych oraz danych Pana/Pani dziecka\** jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą w Rawie Mazowieckiej; ul. Niepodległości 8, reprezentowana przez panią Annę Gos- Bartosiewicz.

2. W sprawach związanych z danymi osobowymi proszę o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: [iodo@poradnirawa.pl](mailto:iodo@poradnirawa.pl)

3. *Pana/Pani dane osobowe oraz dane Pana/Pani dziecka\** zawarte w niniejszym zgłoszeniu/wniosku przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych placówki wynikających z uregulowań zawartych w odrębnych przepisach na podstawie art. 6 ust.1 pkt c RODO.

4. *Pana/Pani dane osobowe oraz dane Pana/Pani dziecka\** nie będą udostępniane innym odbiorcom. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

5. *Pana/Pani dane osobowe oraz dane Pana/Pani dziecka\** będą przechowywane przez okres ustalony zgodnie z odrębnymi przepisami.

6. Posiada *Pan/Pani\** prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Ma *Pan/Pani\** prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna *Pan/Pani\**, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących *Pana/Pani oraz danych Pana/Pani dziecka\** narusza przepisy RODO.

8. Podanie przez *Pana/Panią\** danych osobowych jest wymogiem ustawowym; ich nieprzekazanie spowoduje niemożność podjęcia i realizacji działań o które wnosi *Pan/Pani\** w przedłożonym wniosku.

.....  
( *podpis rodzica/opiekuna  
prawnego/pelnoletniego ucznia*)

Administrator Danych  
Osobowych  
Anna Gos- Bartosiewicz

\* *niepotrzebne skreślić*