Zgłoszenie
do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Gryfinie

I. Nazwiska i imiona rodziców/prawnych opiekunów……..

.....
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)

Telefon kontaktowy .....

II. Dane osobowe dziecka/ucznia:

Nazwisko i imię (imiona) .....…….

Data i miejsce urodzenia .....**PESEL**…….....

Adres zamieszkania .....

Nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko/uczeń
……

.....… Klasa ……

III. Główny powód zgłoszenia:
……
……
……

Czy dziecko/uczeń było badane w poradni, (proszę określić kiedy).....

….....……
Gryfino, …… (podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia)

1. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o terminach badań w poradni psychologiczno-pedagogicznej przez szkołę/przedszkole/placówkę (podkreśl TAK lub NIE).

TAK **NIE**

2. Wyrażam zgodę na kontakt Poradni z nauczycielami, wychowawcami, specjalistami w sprawie funkcjonowania syna/córki w przedszkolu/szkole (podkreśl TAK lub NIE).

TAK **NIE**

……
(podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia)

Administratorem danych osobowych Wnioskodawcy oraz wskazanego we wniosku dziecka jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Gryfinie i Filii w Chojnie. Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu wydania orzeczenia, opinii lub informacji o wynikach diagnozy przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa. Podanie danych ma charakter dobrowolny jednak ich niepodanie może uniemożliwić poprawne wykonanie usługi. Wnioskodawcy przysługuję prawo dostępu do treści podanych danych oraz ich sprostowania i poprawiania. Wnioskodawca ma prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania i wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego dla przetwarzania danych. W celu realizacji przysługujących Wnioskodawcy praw powinien się zgłosić do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gryfinie lub filii w Chojnie. Wnioskodawca wyraża zgodę na otrzymywanie od Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gryfinie lub filii w Chojnie informacji o statusie usługi dostępnymi kanałami komunikacji telefonicznej i elektronicznej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych

.……
(podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia)