

Gdynia, dn.

WNIOSEK
o udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Wypełniają rodzice/opiekunowie prawni dziecka/ucznia lub pełnoletni uczeń.

Proszę o udzielenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

.....
(imię i nazwisko dziecka, pełnoletniego ucznia)

urodzonego..... w
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

PESEL

Zamieszkałego.....
(dokładny adres z kodem pocztowym)

ucznia szkoły
(nazwa i adres szkoły)

..... kl.....

Uzasadnienie wniosku (**zgłaszany problem**):.....

.....

.....

.....

Telefon kontaktowy.....

Czy dziecko było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej? Jeżeli tak, to kiedy?

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. obowiązującego od dnia 25.05.2018r. informuję, iż:

• Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 1 81-597 Gdynia, ul. L. Staffa 10, tel. (058) 622-09-42/fax 781-01-83.**

• *Cel przetwarzania danych osobowych: objęcia dziecka/ucznia/klienta poradni pomocą specjalistyczną przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 1 w Gdyni na podstawie: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013, Poz. 199 z późn. zm.).*

• *Zebrane dane będą przechowywane minimum 10 lat.*

• *Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.*

- Przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do GIODO, gdy uzna Pani/ Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/ Pana/ dziecka/ucznia narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Podanie przez Pana / Panią danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z pomocy specjalistycznej udzielanej przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 1 w Gdyni.

podpis matki/opiekunki prawnej.....

podpis ojca/opiekuna prawnego.....

podpis pełnoletniego ucznia.....

Wypełnia pracownik PPP 1:

Data badania psychologicznego:.....

Data badania pedagogicznego:

Data badania logopedycznego:

Inne informacje.....