

Rok szkolny .....	<b>Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna</b> 30-020 Wieliczka, ul. Niepołomska 26 c tel. 12 250 07 73, sekretariat@poradnia-wieliczka.pl
----------------------	---

NR ESOP.....

**DANE OSOBOWE DZIECKA/  
PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ:**

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

PESEL DZIECKA / PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ

....., **ur.** ..... **w** .....

*imię i nazwisko dziecka/ pełnoletniego ucznia                      data urodzenia                      miejsce urodzenia*

**zamieszkałego w** .....

*miejsce zamieszkania dziecka/ pełnoletniego ucznia wraz z kodem pocztowym*

.....

*imię i nazwisko matki/prawnej opiekunki   -   miejsce zamieszkania   -   telefon kontaktowy*

.....

*imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna   -   miejsce zamieszkania   -   telefon kontaktowy*

**ucznia/uczennicy klasy** ..... **w** .....

*nazwa i adres szkoły/przedszkola*

*Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wieliczce, ul. Niepołomska 26c, 32-020 Wieliczka, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iod@iods.pl](mailto:iod@iods.pl). Podane we wniosku dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzenia badań diagnostycznych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. C, art.9 ust. 2 lit. g RODO) Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się na w naszej siedzibie oraz na stronie [www.poradnia-wieliczka.pl](http://www.poradnia-wieliczka.pl)*

**Oświadczam, że drugi rodzic został poinformowany o składanym w dniu dzisiejszym wniosku oraz o wszystkich czynnościach dotyczących ww. dziecka podejmowanych w PPPP Wieliczka.**

.....

**Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia**

**ZGODA NA KONTAKT Z PLACÓWKĄ OŚWIATOWĄ**

**Wyrażam/ nie wyrażam** zgodę na kontakt z przedstawicielem placówki oświatowej, do której uczęszcza moje dziecko, w celu pozyskania niezbędnych informacji w procesie diagnozy w tutejszej Poradni.

.....

**Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia**

## WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

(psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, integracji sensorycznej, rehabilitacyjnych,  
doradztwa zawodowego)

Z powodu .....

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niestawienia się na badanie w ustalonym terminie bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, wniosek zostanie wycofany, a ustalone terminy badań anulowane.

.....  
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia

## WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI O WYNIKACH BADAŃ \*

W sprawie.....

Uzasadnienie:.....

.....  
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia

## WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI O WYNIKACH BADAŃ \*

W sprawie.....

Uzasadnienie:.....

.....  
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia

## WNIOSEK O OBJĘCIE MOJEGO DZIECKA FORMĄ POMOCY \*

- wsparcie emocjonalne
- porada bez badań.....  
(w sprawie)
- inną.....  
(jaką)

.....  
Data i Podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia

(\*niepotrzebne skreślić)