.....
(Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów prawnych)

PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA
34-600 Limanowa, ul. Zygmunta Augusta 8
tel. 0-18 33 71 737

WNIOSEK
O WYDANIE OPINII / INFORMACJI *

WNIOSKODAWCA ……
Miejscowość, data

……
Imiona i nazwiska rodziców / prawnych opiekunów *

……..
Adres zamieszkania rodziców / prawnych opiekunów *

Proszę o wydanie dla mojego/jej syna/córki*:

☐**opinii w sprawie: .....….....….....** ☐**Informacji o wynikach badań**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia……...…....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia: …… miejsce ur.: ……...…….

Adres zamieszkania: ……...……..

……...…

Przedszkole / Szkoła / Placówka (pełna nazwa i adres) : ……..……

Klasa: …… rok szkolny: ……...…...

Na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018, poz. 1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych wrażliwych mojego dziecka/moich *, których administratorem jest Dyrektor Zespołu Placówek Oświatowych Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej z siedzibą w Limanowej, ul. Zygmunta Augusta 8, 34-600 Limanowa zgodnie z art.7 i 9 Rozporządzenia Parlamentu europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46 WE. Dane te przetwarzane są w celu:

a) postawienia diagnozy (psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej)
b) udzielania pomocy lub porad psychologiczno-pedagogicznych
c) organizacji zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, korekcyjno-kompensacyjnych, rewalidacyjnych, psychoedukacyjnych, terapeutycznych lub związanych z kierunkiem kształcenia,
d) stosowania w pracy opiekuńczo-wychowawczej odpowiednich metod, mających na celu właściwy rozwój psychofizyczny dziecka.

Dane o których mowa w lit.a-d mogą być przetwarzane także po zakończeniu diagnozy i zajęć. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do danych dziecka oraz możliwości ich poprawiania, a także możliwości wycofania niniejszej zgody.

……..
podpis ojca / prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia *

……
podpis matki / prawnej opiekunki/ *

* Niepotrzebne skreślić