Suwałki, dnia ……………….

………………………………..........……

Imię i nazwisko wnioskodawcy

……………………………………….....

Adres zamieszkania

……………………

Telefon kontaktowy

**WNIOSEK O WYDANIE OPINII PP-P W SUWAŁKACH
W SPRAWIE OBJĘCIA UCZNIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ REALIZACJI OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA PRZESZKOLNEGO LUB ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ KSZTAŁCENIA**

Wnioskuję o wydanie opinii dla:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………….. Data i miejsce urodzenia …………………...…………………………………………………. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………… Nr PESEL

Nazwa i adres przedszkola/szkoły ……………………………………………………………. Klasa/oddział ………………..…………………………………………………………………

Uzasadnienie wniosku:

………………………………………………………………………………………...…………

………………………………………………………………………………………...…………

………………………………………………………………………………………...…………

………………………………… (data i podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

* dokumentacja określająca trudności w funkcjonowaniu ucznia, np. wcześniej wydane opinie psychologiczne, orzeczenia,
* dokumentacja określająca wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym, np. zaświadczenie lekarskie, wypisy ze szpitala
* opinia nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, o funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Suwałkach, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) w celu wydania niniejszej opinii.

 .....................…………………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Suwałkach z siedzibą przy ul. Nowomiejskiej 10, 16-400 Suwałki.

2. Przysługuje mi prawo wglądu do tych danych i możliwość ich poprawiania.

3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wniosku.

4. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Suwałkach, ul. Nowomiejska 10 zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy przepisów prawa.

 .....................…………………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)