**WNIOSEK O WYDANIE OPINII / INFORMACJI [[1]](#footnote-1))**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna**  **72-010 Police, ul. J. Korczaka 5**  **tel. 91 317 67 29  e-mail: sekretariat@poradniapolice.pl** | | ***Wypełnia poradnia*** |
|  | | |
| *PROSZĘ WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI* | | |
| **DANE DZIECKA** | | |
| 1. **Imię (imiona) dziecka/ucznia** |  | |
| 1. **Nazwisko dziecka/ucznia** |  | |
| 1. **PESEL** dziecka/ucznia (w przypadku braku numeru PESEL seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 1. **Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia** | *dd-mm-rrrr/ miejsce urodzenia* | |
| 1. **Adres zamieszkania  dziecka/ucznia** | *kod, miejscowość, ulica, numer domu, mieszkania* | |
|
| **DANE PLACÓWKI, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO/UCZEŃ** | | |
| 1. **Pełna nazwa przedszkola/szkoły/placówki** |  | |
| 1. **Adres przedszkola/ szkoły/placówki** | *kod, miejscowość, ulica, numer* | |
| 1. **Grupa przedszkolna, klasa, grupa wychowawcza** |  | |
|  | | |
| **WNIOSKUJĘ O WYDANIE OPINII w sprawie:** | | |
| * objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu, szkole lub placówce | | |
| * specyficznych trudności w uczeniu się | | |
| * odroczenia rozpoczęcia przez dziecko obowiązku szkolnego | | |
| * wcześniejszego przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej | | |
| * udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki | | |
| * zwolnienia ucznia z nauki drugiego języka obcego | | |
| * objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej | | |
| * objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia | | |
| * dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia | | |
| * pierwszeństwa w przyjęciu ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadpodstawowej | | |
| * zezwolenia na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu | | |
| * braku przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych | | |
| * przyjęcia ucznia szkoły podstawowej do oddziału przysposabiającego do pracy | | |
| * w innych sprawach związanych z kształceniem i wychowaniem dzieci i młodzieży (np. dla lekarzy, sądu) | | |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| 1. **OŚWIADCZENIA – *właściwe proszę zakreślić*** | | |
| Oświadczam, że jestem **rodzicem** sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem /**prawnym opiekunem** dziecka / **pełnoletnim** **uczniem**. | | |
| Oświadczam, że **drugi rodzic** sprawujący władzę rodzicielską nad dzieckiem/ prawny opiekun dziecka **został poinformowany** o złożeniu przedmiotowego wniosku do poradni i **wyraził zgodę** na określenie indywidualnych potrzeb dziecka (diagnoza, terapia itp.). | | |
| Oświadczam, że **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na kontakt poradni z dyrektorem odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki w celu pozyskania opinii nauczycieli, wychowawców lub specjalistów o dziecku/uczniu. | | |
| Oświadczam, że **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na udzielanie informacji o dziecku pracownikom przedszkola, szkoły, placówki. | | |

………………………… ……………………………………………………..

Data Czytelny podpis rodzica2/opiekuna prawnego2/pełnoletniego ucznia

Potwierdzam, iż odbiorę opinię/informację osobiście:

……………………………………………………..

Czytelny podpis rodzica2/opiekuna prawnego2/pełnoletniego ucznia

*2Zgodnie z art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez rodziców należy rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem. Opiekun prawny dołącza postanowienie właściwego Sądu. Rodzina zastępcza nie jest automatycznie opiekunem prawnym.*

1. ) Właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-1)