Nowogard dn. ………………………

**Specjalistyczna Poradnia Terapeutyczna**

**dla Dzieci, Młodzieży i ich Rodzin**

**w Nowogardzie**

**Wniosek rodzica/prawnego opiekuna**

**w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

**(**w oparciu o rozporządzenie MEN z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach rozporządzenie MEN z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczni-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach Dz. U. z 2017 r., poz. 1591, rozporządzenia 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. poz. 199)

1. Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………………………

2. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………..

3. PESEL ………………………………………………………………………………………..

4. Nazwa i adres szkoły, klasa…………………………………………………………………..

5. Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów) oraz miejsce zamieszkania, numer

telefonu do kontaktu:

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

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

6. Uzasadnienie wniosku:

……………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………

Dokumentacja określająca:

1. trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole;
2. w przypadku ucznia obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia – także 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;
3. w przypadku ucznia uczęszczającego do przedszkola lub szkoły – także opinię nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, o funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole.

………………………………….

(Podpis wnioskodawcy)

7. Załączniki:

1. Zaświadcz. lekarskie ( w przypadku ucznia obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia).
2. Opinia nauczyciela wychowania przedszkolnego
3. Opinia wychowawcy klas I – III
4. Opinia nauczyciela przedmiotu
5. Opinia innego specjalisty, udzielającego dziecku pomocy psych-pedag.
6. inne……………………………

\*niepotrzebne skreślić

**WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH**

**P**odstawa prawna: art. 4 pkt 11 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE 2016: L.119/1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka i moich przez pracowników Specjalistycznej Poradni Terapeutycznej dla Dzieci, Młodzieży i ich Rodzin w Nowogardzie, ul. 3-go Maja 44 w Nowogardzie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko/dziecko którego jestem reprezentantem ustawowy

...................................................................................................

( Data i podpisy rodziców/prawnych opiekunów )