……………………………………………. Nowogard, dnia ………………….

…………………………………………….

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………..

……………………………………………..

 (adres do korespondencji)

nr tel ……………………………………….

 **Do Zespołu Orzekającego w Specjalistycznej Poradni Terapeutycznej dla Dzieci, Młodzieży i ich Rodzin w Nowogardzie**

**W N I O S E K**

**o wydanie:**

** orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

** orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**

** orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**

** orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych**

** opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

1. **Dane osobowe:**

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia …………...…………………………………………..

Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia ….................................................................................

Numer PESEL …………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania dziecka/ucznia …………………………………………………….………

Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka ……………………………………………………..

………………………………………………………… Oddział/Klasa………………...………

Nazwa zawodu ………………………………………………………………………….………

1. **Dane dotyczące rodziców/prawnych opiekunów/osób sprawujących pieczę zastępczą:**

**Imię i nazwisko matki /opiekuna prawnego**\* ……………………………….………………..

Adres zamieszkania:

ul………………………………………..……… Nr domu ................... Nr mieszkania ……….

Kod pocztowy …………………. Miejscowość ..........................................................................

**Imię i nazwisko ojca /opiekuna prawnego**\*……………………………………………..……

Adres zamieszkania:

ul………………………………………… Nr domu ..................... Nr mieszkania ……...……..

Kod pocztowy …………………. Miejscowość ..........................................................................

\*podkreślić właściwe

1. **Przyczyna i cel uzyskania orzeczenia lub opinii:**

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

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

1. **Dotychczas wydane orzeczenia i opinie, nazwa poradni, rok wydania**

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

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

1. **Stosowane przez dziecko alternatywne metody komunikowania się** (w przypadku gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC) lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym)

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

1. **Dołączona dokumentacja uzasadniająca wniosek:**

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

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

…..…..……………………………………..

(podpis wnioskodawcy)

1. **Oświadczenia:**
* *Na podstawie § 6 ust. 2 pkt. 2* ***wyrażam zgodę*** *(o której mowa w § 4 ust. 4 pkt 1) na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego z głosem doradczym, na wniosek przewodniczącego zespołu:*
* *Oświadczam, że* ***wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** *na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego dodatkowych osób.*
* *Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem / prawnym opiekunem dziecka / osobą sprawującą pieczę rodzicielską nad dzieckiem. (właściwe podkreślić)*

 *Podpis wnioskodawcy ………………………………………*

* *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, o której mowa w art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), w celu wydania orzeczenia lub opinii.*

 *Podpis wnioskodawcy …………………………………………*

1. **Oświadczenie informacyjne:**
* *zgodnie z wymogami rozporządzenia o ochronie danych Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r*

 *informujemy Pana/Panią, że Administrator danych osobowych tj. Specjalistyczna Poradnia Terapeutyczna*

 *dla Dzieci, Młodzieży i ich Rodzin w Nowogardzie zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane*

 *osobowe pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie*

 *domowych, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania obowiązków tej placówki*

 *w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci.*

*Podpis wnioskodawcy …………………………………………*