

.....
imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego
/pełnoletniego ucznia

.....
imię i nazwisko dziecka/ucznia

.....
.....
.....
adres zamieszkania

.....
data i miejsce urodzenia

.....
telefon kontaktowy

.....
przedszkole/szkoła/placówka

ZGODA NA BADANIA

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań przez specjalistów Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Gorzowie Wlkp. w związku z:

- trudnościami w nauce
- trudnościami w zachowaniu
- wadą wymowy
- zaburzeniami rozwoju
- wyborem kierunku kształcenia
- oceną rozwoju
- innymi (jakimi?)

2. W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka/ucznia ZPP-P może zwrócić się do dyrektora placówki, do której dziecko/uczeń uczęszcza o wydanie opinii, informacji nauczycieli, wychowawców, specjalistów, informując o tym fakcie rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia.

3. Wyrażam zgodę na ustne udzielanie informacji o dziecku/uczniu przez pracownika pedagogicznego poradni nauczycielom przedszkola/szkoły/placówki.

właściwe proszę zaznaczyć

TAK

NIE

4. Wyrażam zgodę na kontakt badających z nauczycielami i obserwację ucznia na zajęciach w przedszkolu/szkole/placówce, o ile będzie to konieczne do postawienia diagnozy i/lub wydania stosownego dokumentu.

właściwe proszę zaznaczyć

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. W sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Gorzów Wlkp., dnia.....

.....
podpis osoby składającej wniosek