

.....
imię i nazwisko
rodzica /opiekuna prawnego /pełnoletniego ucznia
.....
.....
adres zamieszkania
.....
.....
telefon kontaktowy

.....
imię i nazwisko dziecka/ucznia
.....
.....
data i miejsce urodzenia
.....
.....
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/ pełnoletniego ucznia Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Gorzowie Wlkp. 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/uczni/pełnoletnim 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.

Rodzic/prawny opiekun zobowiązuje się do:

- **zapewnienia terminowego stawiania się dziecka na wyznaczone terminy spotkań diagnostycznych,**
- **informowania w terminie co najmniej na dwa tygodnie przed umówionym spotkaniem o konieczności zmiany terminu wizyty w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Gorzowie Wlkp.**

Poradnia zastrzega sobie możliwość anulowania zgłoszenia dziecka na badania w przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności na spotkaniu diagnostycznym i braku kontaktu ze strony rodziców/prawnych opiekunów. Zgłoszenie zostanie anulowane w terminie 14 dni od daty wyznaczonego spotkania.

Gorzów Wlkp., dnia

.....
podpis osoby składającej wniosek