

Data wpływu

## WNIOSEK

### rodzica, prawnego opiekuna, pełnoletniego ucznia o wydanie opinii po diagnozie

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły/przedszkola (placówki) .....

..... klasa/grupa .....

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów) .....

Adres ich zamieszkania .....

..... ☎ tel.: .....

Uzasadnienie/ przyczyna wydania opinii (zaznaczyć):

- wcześniejsze przyjęcie dziecka do szkoły podstawowej
- odroczenie rozpoczęcia spełniania przez dziecko obowiązku szkolnego
- zwolnienie ucznia z nauki drugiego języka obcego
- objęcie nauką ucznia w klasie terapeutycznej
- dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb edukacyjnych ucznia
- udzielenie zezwolenie na indywidualny program lub tok nauki
- przyjęcie ucznia gimnazjum do oddziału przysposabiającego do pracy
- pierwszeństwa w przyjęcia ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadgimnazjalnej
- zezwolenie na zatrudnienie młodocianego w celu przyuczenia do wykonywania określonej pracy lub nauki zawodu
- brak przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych
- objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu
- objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce
- specyficznych trudności w uczeniu się
- spełnienie przez dziecko rocznego przygotowania przedszkolnego poza przedszkolem
- innych, związanych z kształceniem i wychowaniem dziecka (z powodu):

Proszę o przekazanie opinii do szkoły, przedszkola (właściwe zakreślić) TAK NIE

Do wniosku dołączam dodatkową dokumentację (jaką) .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia badań, wydania opinii i archiwizowania zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późniejszymi zmianami).

Jednocześnie informujemy, że wszelkie informacje uzyskane od Państwa objęte są tajemnicą zawodową i nie będą bez Państwa zgody przekazywane poza teren Poradni

Nowy Dwór Gdański, dnia .....

.....  
(podpis rodzica, prawnego opiekuna, pełnoletniego ucznia)

