Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bolesławcu
ul. Tyrankiewiczów 11, tel. 75 722 07 93
www.pppboleslawiec.pl e-mail: poradnia@pppboleslawiec.pl

ZGŁOSZENIE DZIECKA

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bolesławcu

UWAGA: Prosimy o szczegółowe i wyczerpujące wypełnienie kolejnych rubryk

DANE PERSONALNE DZIECKA

Numer PESEL

1. Imię i nazwisko……
2. Imiona rodziców/opiekunów prawnych ……..
3. Data i miejsce urodzenia……..
4. Adres zamieszkania……..
5. Numer telefonu kontaktowego i adres poczty elektronicznej (jeżeli wnioskodawca posiada) …….

INFORMACJE DOTYCZĄCE WCZEŚNIEJSZYCH BADAŃ (nr i data opinii psychologicznej, pedagogicznej lub logopedycznej)

……
……
……

POWÓD ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PORADNI (rodzaj trudności, uzyskanie określonej porady itp.)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

OPIS STANU ZDROWIA DZIECKA (konieczne wyniki badań specjalistycznych: badanie okulistyczne, audiometryczne słuchu)

……
……
……
……
……
……
……

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bolesławcu
ul. Tyrankiewiczów 11, tel. 75 722 07 93
www.pppboleslawiec.pl e-mail: poradnia@pppboleslawiec.pl

INFORMACJE DLA WNIOSKODWCÓW:

1. *Przyjmuję do wiadomości, że w przypadkach losowych rodzic/klient* ***zobowiązany jest niezwłocznie*** *i jeśli to możliwe z odpowiednim wyprzedzeniem poinformować telefonicznie Poradnię o nieobecności w wyznaczonym terminie. W takiej sytuacji ustalony jest wyjątkowo dodatkowy termin badania, porady, konsultacji lub terapii.* ***Nie zgłoszenie się w dodatkowo wyznaczonym terminie bez uzasadnienia jest równoznaczne z rezygnacją z realizacji wniosku.***
2. ***Jeżeli w wyznaczonym przez poradnię pierwszym terminie klient nie zgłosi się na badania bez poinformowania o przyczynie nieobecności będzie to równoznaczne z rezygnacją z realizacji wniosku.***
3. *Wizyta w poradni trwa od 2 do 5 godzin*
4. *Rodzice powinni przynieść ze sobą:*
   - ***wyniki badań specjalistycznych (badanie wzroku i słuchu)***
   - *książeczkę zdrowia dziecka*
5. *Dziecko przychodzące na wizytę do poradni powinno być zdrowe (bez infekcji górnych dróg oddechowych, choroby zakaźnej).*
7. *W przypadku wady wzroku dziecko powinno być zaopatrzone w okulary.*

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją dla wnioskodawców

…… ……
(miejscowość i data) *(podpis rodzica/prawnego opiekuna)*

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bolesławcu
ul. Tyrankiewiczów 11, tel. 75 722 07 93
www.pppboleslawiec.pl e-mail: poradnia@pppboleslawiec.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Bolesławcu , ul. Tyrankiwiczów 11, 59-700 Bolesławiec,
2. Inspektorem ochrony danych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bolesławcu jest Mariusz Mendocha (e-mail: m.mendocha@powiatboleslawiecki.pl, tel. 75 612 17 95),
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną Kadr w celu realizacji ustawowych zadań na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c. ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.,
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa przez okres podany w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów,
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.,
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

……. ……..

(miejscowość, data) *(podpis rodzica/prawnego opiekuna)*