Warszawa, dnia …………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Określenie wnioskodawcy:** | | | |
| imiona i nazwiska rodziców |  | Nr tel |  |
| adres zamieszkania |  | Adres e-mail |  |

**Dyrektor**

**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1**

**ul. Złota 9, 00-019 Warszawa**

**WNIOSEK O OBJĘCIE POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ**

**TERAPIA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

Jako uprawniony do składania oświadczeń dotyczących dziecka, wnioskuję o objęcie pomocą specjalistów Poradni Psychologiczno-Pedagogiczną nr 1 mojego dziecka:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane identyfikacyjne dziecka | | | | | | | | | | | | | |
| imię |  | | | | | | | | | | | | |
| nazwisko |  | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| data urodzenia | dzień | | | | miesiąc | | | | rok | | | | |
| miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | | |
| przedszkole/szkoła |  | | | | | | | | | | | Klasa/grupa |  |

Oświadczam, że jestem (zaznaczyć właściwe):

* rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem,
* prawnym opiekunem dziecka lub ucznia,
* osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem.

Oświadczam, że nie są mi znane okoliczności, dla których inni opiekunowie prawni dziecka mogliby wnieść zastrzeżenia w przedmiotowej sprawie.

Oświadczam, że niniejszy wniosek składam w porozumieniu z drugim rodzicem/opiekunem prawnym dziecka (skreślić w przypadku braku drugiego rodzica/opiekuna).

1. **Powód zgłoszenia (proszę opisać powody niepokoju dotyczące zachowania i funkcjonowania dziecka: jego trudności w rozwoju, dolegliwości oraz potrzeby):**

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

1. **Czy dziecko jest pod opieką innych placówek specjalistycznych, gdzie prowadzona jest diagnoza, konsultacja, terapia, leczenie, rehabilitacja?**

**TAK** **NIE**

**Jeśli tak, proszę wymienić miejsca i rodzaje opieki specjalistycznej:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **W załączeniu oryginał / kopia (proszę podkreślić) diagnozy integracji sensorycznej (numer, data wydania):** ………………………….…………………………………………………………………………………..........

W trybie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r.)[[1]](#footnote-1), informujemy:

1. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno —Pedagogiczna Nr 1 w Warszawie,   
   ul. Złota 9 lokal 3; 00-019 Warszawa, adres e-mail: sekretariat.ppp1@eduwarszawa.pl;
2. Kontakt do inspektora ochrony danych osobowych Poradni – iod.ppp1@edukompetencje.pl;
3. Przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tj. Ustawy o systemie informacji oświatowej[[2]](#footnote-2), Ustawy – Prawo oświatowe[[3]](#footnote-3), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych[[4]](#footnote-4), w powiązaniu z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) RODO (przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym na podstawie przepisów prawa), a także w celach archiwalnych zgodnie z Ustawą o narodowym zasobie archiwalnym   
   i archiwach[[5]](#footnote-5).
4. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji,
5. Dostęp do danych osobowych klientów Poradni i ich rodziców/opiekunów prawnych wewnątrz struktury organizacyjnej naszej Poradni będą mieć wyłącznie upoważnione osoby i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków zawodowych;
6. Dane osobowe Pani/Pana dziecka oraz Pani/Pana jako rodzica dziecka mogą być przekazywane innym podmiotom lub organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa (np. sąd rodzinny, prokuratura itp.). Dane mogą być także powierzane wybranym podmiotom współpracującym z Poradnią na zasadach zgodnych z art. 28 RODO;
7. Ma Pani/Pan prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni;
8. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu realizacji specjalistycznych badań psychologiczno - pedagogicznych – ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości ich wykonania;
9. W przypadku podejrzenia, że Pani/Pana dane i dane Pani/Pana dziecka przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa, przysługuje prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

………………………………..……………………………………

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

1. Dalej: RODO; [↑](#footnote-ref-1)
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej (Dz.U. Dz.U. 2024 poz. 152 ze zm.); [↑](#footnote-ref-2)
3. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2023 poz. 900 ze zm.); [↑](#footnote-ref-3)
4. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. 2023 poz. 2499); [↑](#footnote-ref-4)
5. Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U 2020 poz. 164 ze zm.) [↑](#footnote-ref-5)