……………………. ……………………………………

Pieczęć szkoły Miejscowość, data

**WNIOSEK NAUCZYCIELA LUB SPECJALISTY WYKONUJĄCEGO W SZKOLE ZADANIA Z ZAKRESU POMOCY PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ LUB RODZICÓW (PRAWNYCH I OPIEKUNÓW) ALBO PEŁNOLETNIEGO UCZNIA O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH UCZNIA SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ**

Proszę o przeprowadzenie badań diagnostycznych ucznia w sprawie występowania specyficznych trudności uczeniu się (dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia)\*, w tym dostosowania wymagań edukacyjnych i warunków egzaminacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się.

Imię i nazwisko ucznia ……………………………………………… …………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………

Data urodzenia ……………………….. miejsce ur. ……………………………………………

Miejsce zamieszkania…………………………………………………………………………...

Imiona rodziców ……………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………..

Nazwa szkoły …………………………………………………………………………………

Klasa ……………………………………………………………………………………………

Wnioskodawca: nauczyciel / specjalista wykonujący w szkole zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej prowadzący zajęcia z uczniem w szkole / rodzice (prawni opiekunowie) / pełnoletni uczeń: Uzasadnienie wnioskodawcy, dlaczego dopiero teraz składa wniosek i na jakiej podstawie sądzi, że uczeń jest dyslektykiem: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………. ………………………….

/imię i nazwisko wnioskodawcy/ /podpis/

Data przyjęcia wniosku przez Dyrektora szkoły: ………….....podpis........................................

**Zgoda rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia na przeprowadzenie badań**

Data ………………… czytelny podpis……………………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie - przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Sulechowie – danych osobowych zawartych we wniosku o przeprowadzenie badań, terapii, badań przesiewowych, pilotażowych, wydanie orzeczenia/opinii w toku realizacji badań diagnostycznych, terapeutycznych a także w celach statutowych i archiwalnych, zgodnie z Rozporządzeniem 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Data …………… czytelny podpis ………………………………………………. (rodzice. pełnoletni uczeń)

**Opinia Rady Pedagogicznej w sprawie konieczności przeprowadzenia badań / wydania opinii:**

Rada Pedagogiczna po zapoznaniu się z uzasadnieniem wniosku

Pani/Pana …………………………………………………………………………………….

na posiedzeniu Rady Pedagogicznej w dniu …………………………………….pozytywnie

zaopiniowała wniosek o skierowanie ucznia ………………………………………………..

 ……………… …………………………………………………. z klasy………………….

na badanie i wydanie opinii do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Sulechowie.

Data ……………………………….. podpis Dyrektora szkoły………………………………