

**WNIOSEK DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
MIEJSKIEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W KOSZALINIE, UL. MORSKA 43**

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia:

PESEL dziecka/ucznia:

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

W przypadku braku posiadania przez dziecko/ucznia nr PESEL inny dokument potwierdzający jego tożsamość: rodzaj dokumentu,

seria i numer.....

data urodzenia miejsce urodzenia

adres zamieszkania dziecka/ucznia:

ul..... numer domu/mieszkania.....

kod pocztowy..... miejscowość.....

uczeń szkoły i klasy; (nazwa zawodu¹); adres szkoły:.....

dziecko przedszkolne, adres przedszkola:.....

Stosowane metody komunikacji:

(wypełnić w przypadku, gdy dziecko/uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (ACC) lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym)

DANE RODZICÓW²

Imię i nazwisko matki:

Adres zamieszkania matki:

Adres do korespondencji matki³:.....

Imię i nazwisko ojca:

Adres zamieszkania ojca:

Adres do korespondencji ojca³:.....

¹ Dotyczy uczniów szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe

² Na podstawie Ustawy Prawo Oświatowe z dnia 14 grudnia 2016, art. 4 ust. 19, przez rodziców należy rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem.

³ Jeżeli inny niż adres zamieszkania

Zwracam się z wnioskiem o wydanie:

(zakreślić rodzaj składanego wniosku)

- orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**
- orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**
- orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych z uwagi na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim.**
- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność dziecka/ucznia:**
(zakreślić właściwą niepełnosprawność)
 - niesłyszące
 - słabosłyszące
 - niewidzące
 - słabowidzące
 - niepełnosprawność ruchowa
 - afazja
 - niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim
 - niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym
 - niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym
 - autyzm
 - zespół Aspergera
 - niepełnosprawność sprzężona (poniżej wymienić które z powyższych):

.....

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na:**
 - zagrożenie niedostosowaniem społecznym
 - niedostosowanie społeczne

- opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.**

UZASADNIENIE:

(określenie przyczyny i celu, dla których niezbędne jest uzyskanie orzeczenia lub opinii)

.....

.....

.....

.....

Dziecko/uczeń posiada lub posiadało orzeczenie lub opinię WWR (rodzaj, organ wydający)
(wypełnić jeżeli zostały wydane przez inną poradnię psychologiczno-pedagogiczną niż MPP-P w Koszalinie):

.....

.....

DANE WNIOSKODAWCY/ÓW:

Imię i nazwisko:

Adres korespondencyjny:.....

telefon wnioskodawcy..... adres e – mail.....

Oświadczam, że jestem: (właściwie zakreślić)

- rodzicem/ rodzicami sprawującymi władzę rodzicielską nad dzieckiem/uczniem
- prawnym opiekunem dziecka/ucznia
- osobą (podmiotem) sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem/uczniem
- pełnoletnim uczniem

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY (właściwie zakreślić):

Oświadczam, że **zgadzam się** / **nie zgadzam się**, aby na wniosek przewodniczącego zespołu orzekającego uczestniczyli w posiedzeniu zespołu orzekającego: nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści, prowadzący zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkole, szkole, ośrodku lub placówce; asystent nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystent wychowawcy świetlicy; pomoc nauczyciela; asystent edukacji romskiej, wyznaczeni przez dyrektora placówki do której uczęszcza dziecko .

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości wnioskowania o udział w posiedzeniu Zespołu Orzekającego innych osób, w szczególności psychologa, pedagoga, lekarza lub specjalistę spoza Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

- Wnioskuje o udział w posiedzeniu zespołu orzekającego osoby z głosem doradczym**
- Nie wnioskuje o udział w posiedzeniu zespołu orzekającego osoby z głosem doradczym:**

.....

Oświadczam, że **chcę** / **nie chcę** być obecny na posiedzeniu Zespołu Orzekającego. Zgodnie z § 4 ust. 5 rozporządzenia rodzice dziecka/ucznia lub pełnoletni uczeń mają prawo uczestniczyć w posiedzeniu zespołu orzekającego i przedstawić swoje stanowisko. Przewodniczący informuje wnioskodawcę o dacie posiedzenia Zespołu Orzekającego.

Oświadczam, że odbiorę orzeczenie/opinię (właściwie zakreślić):

- drogą pocztową (list polecony – na adres do korespondencji wnioskodawcy),
- osobiście
- drogą elektroniczną przez platformę ePUAP

Informujemy, że jeśli dziecko/uczeń było wcześniej diagnozowane lub korzystało z działań pomocowych w MPP-P w Koszalinie dokumentacja automatycznie zostanie dołączona do rozpatrywanego przez Zespół Orzekający wniosku.

DOKUMENTY ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU PRZEZ WNIOSKODAWCĘ:

(właściwie zakreślić)

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia
- opinia ze szkoły / przedszkola
- inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia specjalistycznego
- zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy
- poprzednio posiadane orzeczenia/opinie *(jeżeli zostały wydane przez inne niż MPP-P poradnie)*
- wyniki badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych
- ksero prawomocnego postanowienie sądu o władzy rodzicielskiej
(w przypadku jej ograniczenia lub pozbawienia)
- inne.....
.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/ów
składającego wniosek do Zespołu Orzekającego MPP-P

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA,
KTÓRY NIE JEST WNIOSKODAWCĄ:**

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** / **nie wyrażam zgody** na złożenie wniosku do Zespołu Orzekającego Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koszalinie.

Oświadczenie wymaga podpisu osoby, której przysługuje władza rodzicielska w zakresie istotnych spraw dziecka, nie będącej wnioskodawcą (zgodnie z art. 97 § 2 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego)

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego, który nie jest wnioskodawcą

1. Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym wniosku jest Miejska Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą w Koszalinie, ul. Morska 43, kod pocztowy 75 -215, adres e-mail: mpp-p@mpp-p.com.pl, tel. 94 3430199
2. Przetwarzanie zawartych we wniosku danych osobowych będzie się odbywać zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c **RODO** na podstawie wymogów określonych w przepisach oświatowych w celu wykonania zadań związanych z diagnozowaniem dzieci i młodzieży oraz udzielaniem im bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
3. Podanie przez wnioskodawcę danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkuje realizację zadań określonych powyżej.
4. Więcej informacji oraz pełna treść klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie administratora oraz na stronie internetowej: <http://www.mpp-p.com.pl/>, w zakładce „RODO”.