KARTA ZGŁOSZENIA nr _____/19/20 *data zgłoszenia* _____

CZĘŚĆ I ***Wypełnia Rodzic/Prawny opiekun lub pełnoletni Uczeń, wyłącznie przy pierwszym kontakcie z poradnią w bieżącym roku szkolnym!!***

imię / imiona i nazwisko dziecka/pełnoletniego Ucznia

__ __ - __ __ - __ __ __ __ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

data urodzenia *miejsce urodzenia* *PESEL*

__ __ - __ __ __

adres zamieszkania z kodem pocztowym

nazwa przedszkola/szkoły *klasa*

Problem, powód zgłoszenia, oczekiwania:

Czy dziecko było badane w tut. Poradni? □ ***Tak*** □ ***Nie*** ***Jeśli tak – podać rok*** _____

Czy dziecko było badane w innej Poradni? □ ***Tak*** □ ***Nie*** ***Jeśli tak – podać rok*** _____

Forma kontaktu/ Sposób przekazania terminu wizyty:

- ***przez przedszkole/szkołę*** _____ □ ***Tak*** □ ***Nie***
- ***telefonicznie:*** __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ _____ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
- ***mailem:*** _____

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz dziecka przez administratora danych tj. Dyrektora Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Opolu ul. Niedziałkowskiego 9**.** Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Opole, dn. _____

Czytelny podpis Prawnego Opiekuna /pełnoletniego ucznia

Zostałam(em) poinformowany o przewidywanym, orientacyjnym okresie oczekiwania, wynikającym z listy oczekujących, wynoszącym ok. _____ **.**

_____

Podpis Prawnego Opiekuna/pełnoletniego Ucznia

CZĘŚĆ II	***Wypełnia pracownik sekretariatu lub koordynator zespołu***				
	Nazwisko	***Termin wizyty***	***Informacje dodatkowe***		***Zawiadomiono dn. podpis***
Pedagog		***godz.***	***Opinia ze szkoły/przedszkola***		
Psycholog		***godz.***	***Dokumentacja medyczna***		
Logopeda		***godz.***	***Zeszyty***		