



**Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna Nr 1
dla Dzieci ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi
09- 400 Plock ul. 21- go Stycznia 7
Tel. 24 367-23-23**

DATA WPŁYWU ZGŁOSZENIA I NUMER	DATA DEKRETACJI ZGŁOSZENIA	DATA OTRZYMANIA ZGŁOSZENIA PRZEZ PRACOWNIKA
--------------------------------	----------------------------	---

WNIOSEK

**do Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej Nr 1 dla Dzieci ze
Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi
w Plocku**

I. RODZAJ DOKUMENTU (właściwe zaznaczyć) o wydanie:

orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dziecka/ucznia:	TAK / NIE
z niepełnosprawnością intelektualną *	TAK / NIE
z niepełnosprawnością ruchową, w tym afazją*	TAK / NIE
słabosłyszącego, niesłyszącego*	TAK / NIE
słabowidzącego, niewidomego*	TAK / NIE
z autyzmem, w tym Zespołem Aspergera*	TAK / NIE
zagrożonego niedostosowaniem społecznym*	TAK / NIE
niedostosowanego społecznie*	TAK / NIE
z niepełnosprawnością sprzężoną (wymienić jaką).....	TAK / NIE

***właściwe zaznaczyć**

orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych indywidualnych/zespołowych (dla dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim)	TAK / NIE
---	-----------

orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania	TAK / NIE
--	-----------

orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego	TAK / NIE
--	-----------

opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju	TAK / NIE
---	-----------

II. UZASADNIENIE WNIOSKU (określenie celu i przyczyny, dla której niezbędne jest uzyskanie orzeczenia)

.....

.....

.....

.....

UWAGA: Wniosek powinien być wypełniony czytelnie we wszystkich punktach, w przeciwnym razie zostanie zwrócony wnioskodawcy do uzupełnienia.

III. DANE DZIECKA / UCZNIA (proszę wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI literami)

Imię i nazwisko														
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		PESEL										
Adres zamieszkania dziecka/ucznia		ulica, numer domu				miejscowość				kod pocztowy				
Nazwa i numer szkoły/przedszkola										klasa / oddział				
														
Adres szkoły		ulica, numer								miejscowość				
Nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe														

IV. DANE RODZICÓW/ PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna		Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna	
Telefon kontaktowy matki/prawnego opiekuna		Telefon kontaktowy ojca/prawnego opiekuna	
Adres zamieszkania matki/prawnego opiekuna		Adres zamieszkania ojca/prawnego opiekuna	
Adres do korespondencji matki/prawnego opiekuna		Adres do korespondencji ojca/prawnego opiekuna	
Adres poczty elektronicznej		Adres poczty elektronicznej	

V. ZAŁĄCZONA DOKUMENTACJA (odpowiednie zaznaczyć)

- ☐ zaświadczenie lekarskie z dn.
- ☐ inna dokumentacja medyczna.....
- ☐ opinie specjalistów
 - psychologiczna* z dn.....
 - pedagogiczna* z dn.
 - logopedyczna* z dn.....
 - Terapeuta lub innych*.....

***właściwe podkreślić**

- ☐ opinia nauczyciela z dn.

inne.....
.....
.....

.....
data złożenia wniosku

.....
podpis wnioskodawcy

VI. DODATKOWE INFORMACJE

Informacja o poprzednio wydanych dla dziecka lub ucznia orzeczeniach lub opiniach, jeżeli takie zostały wydane:	TAK/NIE
Czy dziecko (lub rodzic w sprawie dziecka) było kiedykolwiek konsultowane w Poradni PP Nr 1 w Płocku? Jeśli tak, poproszę podać nazwę placówki	TAK/NIE
Informacja o stosowanych metodach komunikacji – w przypadku, gdy dziecko lub uczeń wymaga alternatywnych metod komunikacji lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:	TAK/NIE
Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie mojego dziecka z nauczycielami w szkole / przedszkolu.	TAK/NIE

Wyrażam / nie wyrażam* zgody na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

data

podpis

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu Zespołu Orzekającego w części dotyczącej mojego dziecka i przedstawienia swojego stanowiska.

data

podpis

Wyrażam / nie wyrażam* zgody na udział w posiedzeniu zespołu, z głosem doradczym następujących osób: (nauczyciela, wychowawcy grup wychowawczej i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, asystenta nauczyciela lub osoby niebędącej nauczycielem lub asystenta wychowawcy świetlicy, pomocy nauczyciela asystenta edukacji romskiej, innych wyznaczonych przez dyrektora osób.....

data

podpis

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na udział w posiedzeniu zespołu orzekającego innych osób w szczególności: psychologa, pedagoga, lekarza, specjalisty lub innych osób np.:.....

data.....

podpis.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, o której mowa w art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922), w celu wydania orzeczenia lub opinii.

data.....

podpis

***właściwe podkreślić**

