



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA

66-200 Świebodzin, ul. Żaków 3; NIP 927-14-57-153
tel./fax 068 457 88 01; e-mail: poradniapps@wp.pl

Załącznik nr 1

*Do Procedury Przeprowadzania badań diagnostycznych
W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świebodzinie*

Świebodzin dnia

.....
Nazwisko i imię rodzica/ prawnego op./pełnoletniego ucznia

.....
Adres zamieszkania

.....
/ Data przyjęcia na badanie/

.....
Nr telefonu

ZGŁOSZENIE NA BADANIE

I. DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr pesel dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Miejsce zamieszkania.....

Nazwa i adres placówki, do której uczęszcza dziecko.....

Klasa.....

II. WYRAZAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH, PEDAGOGICZNYCH, LOGOPEDYCZNYCH PRZEZ PPP W ŚWIEBODZINIE –POWÓD ZGŁOSZENIA:

- **Ogólna ocena rozwoju dziecka**
- **Gotowość do podjęcia nauki w klasie pierwszej/ przyspieszenie lub odroczenie obowiązku szkolnego/**
- **Trudności w nauce /trudności w przyswajaniu, zapamiętywaniu treści z poszczególnych przedmiotów, problemy z koncentracją uwagi, brak motywacji do nauki/**
- **Trudności w czytaniu i pisaniu/ błędy, brzydkie pismo, kłopoty z poprawnym czytaniem przy ogólnie dobrym funkcjonowaniu w szkole/**
- **Kontynuowanie nauki w OHP**
- **Wybór szkoły ponadgimnazjalnej i zawodu**
- **Trudności wychowawcze/ agresja, wagary, itp./**
- **Problemy emocjonalne/ nieśmiałość, nadpobudliwość, lęk, depresja, moczenie nocne, zaburzenia odżywiania, próby samobójcze, okaleczenia ciała, itp.**
- **Problemy zdrowotne**
- **Zaburzenia mowy/ nieprawidłowa wymowa głosek, mowa niezrozumiała, opóźniony rozwój mowy ubogie słownictwo/**

- **Inne/** podać jakie/.....

III. CZY UCZEŃ BYŁ BADANY W TUTEJSZEJ PORADNI : TAK NIE

IV. WYRAŻAM ZGODĘ NA:

- Zasięgnięcie przez pracownika PPP informacji dotyczącej dziecka w szkole /placówce do której uczęszcza **TAK NIE**
- Przekazanie przez pracownika PPP informacji dotyczącej dziecka w szkole /placówce do której uczęszcza dziecko **TAK NIE**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogicznych w Świebodzinie.,(zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z rejestracją klientów w Poradni oraz w celach związanych z przeprowadzaniem postępowaniem diagnostycznym

.....
/ Podpis rodzica/prawnego opiekuna/
/ osoby pełnoletniej/

Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych na badania do Poradni odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do poradni bez rodziców/ prawnych opiekunów, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego powrót do domu po badaniach. Powrót dziecka do domu bez opieki rodziców/ prawnych opiekunów jest możliwy za pisemną zgodą rodziców/ prawnych opiekunów

.....
/ Podpis rodzica/prawnego opiekuna/
/ osoby pełnoletniej/

O terminie badań proszę dowiedzieć się pod numerem telefonu

068 457 88 01

po dwóch tygodniach od zgłoszenia na badanie