



# PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

44-200 Rybnik, ul. Kościuszki 55 tel. 32 4223935  
44-200 Rybnik, ul. Karłowicza 48 tel. 32 4231755  
email: sekretariat@ppprzybnik.pl, www.ppprybnik.pl

## WNIOSEK O KWALIFIKACJĘ DZIECKA DO GRUPY TERAPEUTYCZNEJ w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rybniku

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Imiona i nazwisko/a rodziców/prawnych opiekunów .....

.....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Klasa/oddział..... Nazwa szkoły.....

(proszę w miejscu  zaznaczyć X)

Dziecko wskazane do uczestnictwa w grupie przez:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rodzica                                     | <input type="checkbox"/> Lekarza                  |
| <input type="checkbox"/> Szkołę (pedagog, nauczyciel,<br>wychowawca) | <input type="checkbox"/> Innego specjalistę ..... |
| <input type="checkbox"/> Pracownika PPP (lub opinię PPP)             | <input type="checkbox"/> Inne osoby .....         |

Czy dziecko było badane w PPP w Rybniku? TAK  NIE

Czy dziecko posiada opinię dowolnej PPP? TAK  NIE

Czy dziecko korzystało z jakiejś formy terapii?

Nie

Tak:

- Indywidualnej. Kiedy? .....
- Grupowej. Kiedy? ..... Jakiej?.....
- Rodzinnej. Kiedy?.....

Czy dziecko zażywa leki? NIE  TAK  Jakiej?.....

Jakie rodzic/opiekun obserwuje trudności ucznia w kontekście zapisania dziecka na terapię grupową?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nadaktywność, pobudliwość,<br>impulsywność, niska uwaga | <input type="checkbox"/> obniżony nastrój (smutek, beznadzieja,<br>płacz, itp.) |
| <input type="checkbox"/> trudności z koncentracją                                | <input type="checkbox"/> nieśmiałość, wycofanie                                 |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lęki                                | <input type="checkbox"/> korzystanie z substancji |
| <input type="checkbox"/> niska aktywność, senność, zmęczenie | psychoaktywnych (papierosy, alkohol,              |
| <input type="checkbox"/> bezsenność                          | narkotyki, dopalacze, leki bez kontroli           |
| <input type="checkbox"/> chęć do pozostania w domu           | lekarza)  |
| <input type="checkbox"/> samookaleczenia                     | <input type="checkbox"/> odmowa chodzenia do      |
| <input type="checkbox"/> myśli samobójcze                    | szkoły/przedszkola                                |
| <input type="checkbox"/> bunt, opozycja wobec dorosłych      | <input type="checkbox"/> brak dbania o higienę    |
| <input type="checkbox"/> agresja, bicie                      | <input type="checkbox"/> mutyzm                   |
| <input type="checkbox"/> trudności w nauce                   | <input type="checkbox"/> zespół Aspergera         |
| <input type="checkbox"/> bycie bitym, obrażanym              |   |
| <input type="checkbox"/> konflikty z prawem                  |   |
| <input type="checkbox"/> inne:                               |   |

Inne informacje o dziecku: .....

.....

Jakie rodzic/opiekun ma oczekiwania względem rezultatów/efektów terapii?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Proponowana/sugerowana grupa:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trening Umiejętności Społecznych dla dzieci z zespołem Aspergera   | <input type="checkbox"/> Grupa dla dzieci nadpobudliwych I-III SP                        |
| <input type="checkbox"/> Grupa dla dzieci lękowych I-III SP, Zaburzenia emocji I-III SP; IV-VI; VII-VIII, 3 gim; ponadgimnazjalne | <input type="checkbox"/> Grupa dla dzieci z rodzin zrekonstruowanych i w trakcie rozwodu |
| <input type="checkbox"/> Inna:.....   |  |

Jestem świadom(a), że złożenie karty jest wyrazem prośby o kwalifikację, co nie jest jednoznaczne z przyjęciem dziecka na grupę terapeutyczną. Pracownicy kwalifikują dzieci w oparciu o trudności, oczekiwania rodziców, zebraną dokumentację, ewentualne dodatkowe konsultacje, bieżące zapotrzebowanie oraz możliwości lokalowe i godzinowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do prowadzenia działalności diagnostyczno-terapeutycznej przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rybniku (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. z późniejszymi zmianami Dz. U. z 2016 r. poz. 992 oraz z 2018r. poz. 138).

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych zostałam/em poinformowana/y, że:

- administratorem danych będzie Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna z siedzibą przy ul. Tadeusza Kościuszki 55 w Rybniku, kod pocztowy: 44-200;
- przekazane dane osobowe wykorzystane będą w celu załatwienia wyżej wskazanej sprawy i mogą być w tym celu poddawane dalszemu przetwarzaniu przed podmioty podległe lub nadzorowane przez organ nadzorczy, w tym do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do załatwienia sprawy;
- przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

.....  
data

.....  
podpis rodzica/opiekuna