



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 dla dzieci przedszkolnych

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Imiona i nazwisko/a rodziców/prawnych opiekunów

.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Nazwa przedszkola.....

(proszę w miejscu zaznaczyć X)

Dziecko wskazane do uczestnictwa w grupie przez:

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rodzica | <input type="checkbox"/> Lekarza |
| <input type="checkbox"/> Przedszkole | <input type="checkbox"/> Innego specjalistę |
| <input type="checkbox"/> Pracownika poradni | <input type="checkbox"/> Inne osoby |

Czy dziecko było badane w PPP w Rybniku? TAK NIE

Czy dziecko posiada opinię innej PPP? TAK NIE

Czy dziecko korzystało z jakiejś formy terapii?

Nie

Tak:

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

Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności? TAK NIE

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

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nadaktywność, pobudliwość, | <input type="checkbox"/> trudności w rozstaniu z rodzicem |
| <input type="checkbox"/> impulsywność, | <input type="checkbox"/> nieśmiałość, wycofanie |
| <input type="checkbox"/> bunt, opozycja wobec dorosłych | <input type="checkbox"/> lęki |
| <input type="checkbox"/> agresja, bicie | <input type="checkbox"/> odmowa chodzenia do przedszkola |
| <input type="checkbox"/> trudności z koncentracją uwagi | <input type="checkbox"/> mutyzm |
| <input type="checkbox"/> trudności edukacyjne | <input type="checkbox"/> słaba koordynacja ruchowa |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia procesów przetwarzania sensorycznego | <input type="checkbox"/> / słaba sprawność ruchowa |
| <input type="checkbox"/> inne:..... | |

Złożenie wniosku o kwalifikację dziecka do grupy nie jest jednoznaczne z przyjęciem dziecka do grupy terapeutycznej.

Pracownicy kwalifikują dzieci w oparciu o zgłaszane trudności, zebraną dokumentację, ewentualne dodatkowe konsultacje, bieżące zapotrzebowanie oraz możliwości lokalowe i godzinowe. Liczba miejsc w grupach jest ograniczona.

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