



....., dnia.....

WNIOSEK
rodziców o objęcie dziecka terapią lub zajęciami specjalistycznymi
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Kwidzynie

Proszę o objęcie mojego dziecka *terapią pedagogiczną, terapią psychologiczną,*
*terapią logopedyczną, innymi zajęciami specjalistycznymi**.....

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzeniamiejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nazwa i adres szkoły (placówki)
.....klasa

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów):

Matka (opiekun).....

Ojciec (opiekun).....

Adres ich zamieszkania.....

.....nr telefonu.....

Czy dziecko korzystało z pomocy Poradni? * TAK NIE

Jeśli tak, to podać formę i datę ..

Uzasadnienie wniosku (opis trudności)

.....

.....

Dziecko jest objęte w/w zajęciami poza Poradnią w

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do prowadzenia terapii i archiwizowania zgodnie z
ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Jednocześnie informujemy, że wszelkie informacje uzyskane od Państwa objęte są tajemnicą zawodową i nie będą bez
Państwa zgody przekazywane poza teren Poradni.

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Data wpływu.....podpis przyjmującego

(* niepotrzebne skreślić)

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci i młodzieży, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych Pana/Pani oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kwidzynie, ul. Grudziądzka 8, 82-500 Kwidzyn, tel.552792119, e-mail:ppp@pppkwidzyn.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie możliwy jest pod numerem telefonu 602255075 lub adresem e-mail: iod@e-atc.pl.
3. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kwidzynie zbiera i przetwarza dane osobowe na podstawie art.6 ust.1 lit.c, art.9 ust.2 lit.a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią zadań statutowych na rzecz dzieci i młodzieży, określonych w Ustawie-Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okresy określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie, zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Elblągu z/s w Malborku.
5. Ma Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Kwidzynie jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego.

.....
(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)