



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU**  
**ul. Kościuszki 39**  
**26-700 Zwolen**  
**telefon: 48 676 26 13**

**poradnia@zwolenpowiat.pl**  
**www.pppzwolen.pl**  
**REGON: 672894758**

---

Zwolen, dnia .....

## **WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY / KONSULTACJI\***

### **1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO DZIECKA:**

.....

Data i miejsce urodzenia: .....

Nr PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Nazwa i adres szkoły/przedszkola: .....

Klasa/grupa: .....

### **DANE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:.....

Nr telefonu:.....

### **DANE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO:**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:.....

Nr telefonu:.....

\* właściwe podkreślić

**2. Uzasadnienie wniosku - zgłaszam dziecko z powodu\*:**

- ogólnych trudności szkolnych,
- trudności w czytaniu i/lub pisaniu,
- trudności w zachowaniu/wychowawczych,
- trudności w funkcjonowaniu społecznym/problemów emocjonalnych,
- określenia gotowości szkolnej,
- choroby przewlekłej,
- zaburzeń mowy,
- zaburzeń rozwoju ruchowego,
- szczególnych uzdolnień,
- innych: .....

**3. W związku z powyższym proszę o\*:**

- 1) diagnozę (proszę zaznaczyć, jaką):
  - psychologiczną,
  - pedagogiczną,
  - logopedyczną,
  - słuchu (badanie przesiewowe),
  - przesiewową przetwarzania bodźców sensorycznych (dzieci w wieku 3 r.ż. - 10 r.ż.);
- 2) konsultację (proszę zaznaczyć, jaką):
  - psychologiczną,
  - pedagogiczną,
  - logopedyczną;
- 3) poradnictwo w zakresie wyboru szkoły i zawodu;
- 4) poradę bez badań.

**4. Czy dziecko było badane w Poradni? *TAK* / *NIE*\*, jeżeli TAK - w jakiej Poradni:**

.....

**5. Załączniki\*:**

- 1) Opinia: psychologiczna / pedagogiczna / logopedyczna / nauczyciela.
- 2) Zaświadczenie lekarskie.
- 3) Inna dokumentacja medyczna.
- 4) Inne.....

Podpis matki / opiekunki prawnej:.....

Podpis ojca / opiekuna prawnego:.....

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni – podpis ucznia:.....

\* właściwe podkreślić

## 6. Oświadczam, iż:

- 1) Jestem jedynym rodzicem/prawnym opiekunem mojego dziecka: **TAK / NIE\***
- 2) Drugi rodzic/opiekun prawny został poinformowany i zgadza się na diagnozę/konsultację dziecka zgłaszanego do Poradni: **TAK / NIE\***
- 3) Zgadzam się / nie zgadzam się\* na konsultowanie się pracowników Poradni ze przedszkolem / szkołą\*, do którego / do której uczęszcza dziecko.

*Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.*

.....  
data i podpis wnioskodawcy

## 7. Wypełnia psycholog / pedagog / logopeda:

Wnioskuje o dostarczenie dodatkowej dokumentacji do celów diagnostycznych:

.....  
.....  
.....  
data i podpis specjalisty

Zostałam/łem poinformowana/ny o konieczności dostarczenia dodatkowej dokumentacji do celów diagnostycznych.

.....  
data i podpis wnioskodawcy

## 8. Informacje:

- Administratorem bazy danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zwoleniu, ul. Kościuszki 39. Dane osobowe klientów nie są udzielane osobom trzecim, z wyjątkiem przypadków uzasadnionych przepisami prawa.
- Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
- Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną.

.....  
data i podpis wnioskodawcy

\* właściwe podkreślić

## 9. WAŻNE INFORMACJE DLA WNIOSKODAWCÓW:

- 1) W celu przeprowadzenia całościowej diagnozy przyczyn problemów dziecka wskazane jest dołączenie do wniosku dokumentacji:
  - opinii z przedszkola / szkoły, na wzorach opracowanych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Zwoleniu lub szkolnych, kopii ostatniego świadectwa, zeszytów lub innych wytworów pisemnych. **Informujemy, że w przypadku niedostarczenia ww. opinii przez wnioskodawcę, Poradnia może zwrócić się do dyrektora szkoły/przedszkola o jej wydanie;**
  - **medycznej lub zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka**, w przypadku występowania problemów zdrowotnych, mogących rzutować na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu / szkole;
  - **wcześniejszych wyników badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych** (jeżeli dziecko było / jest objęte opieką w/w specjalistów w innej poradni / placówce lub w przedszkolu / szkole).
- 2) **Po przeprowadzonych badaniach diagnostycznych rodzic/opiekun prawny/pelnoletni uczeń może złożyć wniosek do Poradni o wydanie opinii/orzeczenia/informacji o wynikach diagnozy** (druki dostępne w sekretariacie oraz na stronie internetowej Poradni: [www.pppzwolen.pl](http://www.pppzwolen.pl)).
- 3) Na badania dziecko powinno zgłosić się zdrowe – bez **infekcji bakteryjnej lub wirusowej**.
- 4) Przyjmuję do wiadomości, że za bezpieczeństwo dzieci zgłaszanych do Poradni odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni. W sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do Poradni bez rodziców/opiekunów prawnych, Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w drodze do Poradni oraz do domu (po badaniach/terapii). Powrót do domu bez opieki rodziców/opiekunów prawnych jest możliwy za pisemną zgodą rodziców/opiekunów prawnych.

Podpis matki / opiekunki prawnej:.....

Podpis ojca / opiekuna prawnego:.....

W przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni – podpis ucznia:.....

\* właściwie podkreślić