

Zespół Orzekający
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Miechowie

WNIOSEK

Miejscowość i data

DANE DZIECKA /UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL/w przypadku braku
PESEL seria
i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość
dziecka/ucznia

Adres zamieszkania

DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY, do której uczęszcza dziecko/uczeń

Nazwa
przedszkola/szkoły:

Klasa/ oddział:

Nazwa zawodu

W przypadku szkoły prowadzącej
kształcenie zawodowe

DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Imię i nazwisko matki:

Adres zamieszkania
matki:

Imię i nazwisko ojca:

Adres zamieszkania
ojca:

Adresy do korespondencji wnioskodawców:	
Telefony kontaktowe wnioskodawców:	
Adresy e-mail wnioskodawców:	
Imię i nazwisko wnioskodawcy, któremu przekazuje się orzeczenie/opinię	
<i>Drugi z wnioskodawców zachowuje prawo do otrzymania kopii orzeczenia/opinii</i>	
OKREŚLENIE PRZYCZYNY, DLA KTÓREJ NIEZBĘDNE JEST UZYSKNIĘ ORZECZENIA/OPINII	
Niepełnosprawność dziecka/ucznia (zaznacz właściwe):	<input type="checkbox"/> Niestyszące <input type="checkbox"/> Słabosyszzące <input type="checkbox"/> Niewidzące <input type="checkbox"/> Słabowidzące <input type="checkbox"/> Niepełnosprawne ruchowo, w tym afazja <input type="checkbox"/> Niepełnosprawne intelektualne w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> Niepełnosprawne intelektualne w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> Niepełnosprawne intelektualne w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> Niepełnosprawne intelektualne w stopniu głębokim <input type="checkbox"/> Z autyzmem, w tym zespołem Aspergera <input type="checkbox"/> Z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> Niedostosowanie społeczne <input type="checkbox"/> Zagrożenie niedostosowaniem społecznym
Inne (jakie?):	
W celu uzyskania:	<input type="checkbox"/> Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka <input type="checkbox"/> Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego <input type="checkbox"/> Orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania <input type="checkbox"/> Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zespołowych/indywidualnych
	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK

Czy uczeń/dziecko korzystał/o z orzeczeń lub opinii:	Data wydania:	
	Powód wydania:	
	Poradnia wydająca:	
Czy dziecko/uczeń wymaga stosowania wspomagających lub alternatywnych metod komunikowania się:	<input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK	
	Stosowanie metod komunikowania się:	
Czy dziecko/uczeń posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:	<input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK	
Informacja o specyficznych potrzebach lub zachowaniu dziecka		
Załączam następującą dokumentację uzasadniającą wniosek:	<input type="checkbox"/> Aktualną diagnozę psychologiczną <input type="checkbox"/> Aktualną diagnozę pedagogiczną <input type="checkbox"/> Aktualną diagnozę logopedyczną <input type="checkbox"/> Aktualna zaświadczenie lekarskie od lekarza właściwego dla diagnozy i leczenia rodzaju trudności, który uzasadnia wniosek <input type="checkbox"/> Opinię o dziecku/uczniu z przedszkola/szkoły/ośrodka, do którego uczęszcza dziecko/uczeń <input type="checkbox"/> Kserokopię posiadanych orzeczeń lub wydanych opinii (poza Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Miechowie) <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)	
<u>PODPISY WNIOSKODAWCÓW</u>		
Pierwszy wnioskodawca		
Drugi wnioskodawca		

OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na uczestnictwo w posiedzeniu Zespołu Orzekającego, z głosem doradczym, na wniosek przewodniczącego zespołu a) nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści prowadzący zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, b) pomoc nauczyciela, c) osoba władająca językiem kraju pochodzenia dziecka lub ucznia – pomoc nauczyciela, d) asystent międzykulturowy, e) asystent edukacji romskiej

(Czytelny podpis wnioskodawców)

1. Wnioskuje o uczestniczenie
2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na uczestnictwo

w posiedzeniu Zespołu Orzekającego – innych osób, których wiedza o dziecku jest znacząca dla oceny funkcjonowania dziecka lub ucznia, w tym osoby wykonujące zawód medyczny realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe osoby, której dotyczy wniosek o uczestniczenie w zespole lub oświadczenie)

(Czytelny podpis wnioskodawców)

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem/ prawnym opiekunem dziecka lub ucznia/osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą* nad dzieckiem lub uczniem.

(Czytelny podpis wnioskodawców)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesłanie wydanego orzeczenia lub opinii do przedszkola, szkoły lub ośrodka, do których dziecko lub uczeń uczęszcza lub do których zostało przyjęte przed złożeniem wniosku

W przypadku niewyrażenia zgody wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.

(Czytelny podpis wnioskodawców)

Oświadczam, iż wyrażam/nie wyrażam zgody* na doręczenie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Oświadczam, iż wyrażam/nie wyrażam zgody* na doręczenie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

(Czytelny podpis wnioskodawcy)

(Czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE O PRZYCZYNIE BRAKU ZŁOŻENIA PODPISU DRUGIEGO RODZICA

Wyjaśnienie:

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy