*Załącznik nr 7 do Procedury postępowania diagnostycznego i terapii w PPP w Lubinie*

**FORMULARZ**
**DO DYREKTORA PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W LUBINIE**
**dotyczący zgłoszenia potrzeby udziału dziecka/ucznia w zajęciach terapeutycznych**

……
/rodzaj terapii/

1. Imię i nazwisko ucznia ……

2. PESEL | | | | | | | | | | |

3. Data i miejsce urodzenia: ……

4. Adres zamieszkania dziecka: ……

5. Imiona nazwisko i rodziców: ……

6. Telefon, email: ……

7. Nazwa przedszkola/szkoły …… 8. Grupa/Klasa ……

9. Działania dotychczas podjęte przez przedszkole/szkołę: ……

……

10. Uzasadnienie potrzeby udziału w zajęciach: ……

……

……

Wyrażam zgodę na udział dziecka w zajęciach terapeutycznych.

……
/podpis rodziców/opiekunów prawnych/

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na samodzielny powrót dziecka do domu po zajęciach.

……
/podpis rodziców/opiekunów prawnych/

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie danych osobowych, o których mowa w art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) tzw. RODO, w celu przeprowadzenia badań w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubinie oraz wydania opinii/informacji zgodnie ze wskazaniem we wniosku.

……
/podpis rodziców/opiekunów prawnych/

---
* właściwe podkreślić