

Procedury postępowania diagnostycznego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie

1. Badania diagnostyczne (psychologiczne, pedagogiczne i logopedyczne, związane z wyborem kierunku kształcenia - zawodoznawcze) przeprowadzane są na pisemny wniosek rodzica (prawnego opiekuna) dziecka lub pełnoletniego ucznia/słuchacza - WZÓR nr 1.
2. Badania przesiewowe w placówkach odbywają się na wniosek nauczycieli za zgodą rodziców (prawnych opiekunów) dziecka, informacje o wynikach diagnozy przekazywane są rodzicom (prawnym opiekunom) dziecka - WZÓR nr 2.
3. Dziecko przybywa na badanie z rodzicem lub opiekunem prawnym, posiadającym zaświadczenie z sądu rodzinnego o ustanowieniu opieki prawnej.
4. Rodzice lub prawni opiekunowie niepełnoletniego dziecka są zobowiązani do przebywania na terenie Poradni w trakcie diagnozy dziecka.
5. Przed badaniem rodzic (prawni opiekun) lub pełnoletni uczeń są informowani o czasie trwania badania. Rodzice lub opiekunowie oczekują na dziecko poza gabinetem (na korytarzu). W czasie, gdy diagnosta rozmawia z rodzicem (prawnym opiekunem) bez obecności dziecka, pozostaje ono na korytarzu z uwzględnieniem zapewnienia bezpieczeństwa dziecka. W szczególnych przypadkach istnieje możliwość przeprowadzenia rozmowy z rodzicem (prawnym opiekunem) w obecności dziecka lub badania dziecka w obecności rodzica (prawnego opiekuna).
6. Badający sam decyduje o doborze metod i narzędzi badawczych. Standardowy czas badania (wywiad, diagnoza i omówienie wyników badań) psychologicznego, pedagogicznego, związanego z wyborem zawodu ustala się, na 2,5 godziny, logopedycznego 1 godzinę. W uzasadnionych przypadkach badający może zdecydować o innym czasie koniecznym do przeprowadzenia diagnozy.
7. Kierunek przeprowadzanej diagnozy jest wyznaczony przez informacje uzyskane od rodzica (opiekuna) lub pełnoletniego ucznia/słuchacza oraz wynikające z dostarczonej dokumentacji [np. aktualne oryginalne wyniki badań lekarskich w tym wzroku, słuchu; orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności; informacje o przebytych leczeniach; opinie ze szkoły (w przypadku diagnozy w kierunku specyficznych trudności w uczeniu się wskazane jest dostarczenie do Poradni opinii polonisty i specjalisty prowadzącego z uczniem zajęcia w szkole - jeżeli dziecko takie realizuje, o osiągnięciach ucznia, formach i efektach dotychczasowej pomocy, kserokopii prac pisemnych oraz zeszytów), przedszkola, placówki; w przypadku, gdy dziecko było diagnozowane w innej poradni konieczne jest złożenie wniosku w stosownej poradni o przekazanie dokumentacji do PP-P w Białogardzie].
8. W przypadku ucznia/słuchacza szkoły ponadpodstawowej w celu wykonania badań pod kątem specyficznych trudności w uczeniu się konieczne jest dołączenie wniosków o przeprowadzenie badań specjalistycznych, zawierający opinię Rady Pedagogicznej – WZÓR nr 3 lub WZÓR nr 8.
9. Przy zgłoszeniu dzieci na badanie pod kątem specyficznych trudności w nauce, rodzic (prawni opiekun) jest informowany o ewentualnej potrzebie dostarczenia aktualnego badania wzroku i słuchu dziecka.
10. Przy zgłoszeniu dzieci na badanie w celu objęcia ich zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/ zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, konieczne jest dołączenie opinii nauczyciela, wychowawcy lub innych specjalistów z nim pracujących (WZÓR nr 9).
11. Przy zgłoszeniu dzieci na badanie w celu objęcia ich indywidualnym tokiem lub programem nauczania, konieczne jest dołączenie wniosku dyrektora szkoły, o przeprowadzenie badań w sprawie zezwolenia na indywidualny program / tok nauki. (WZÓR nr 10).

12. Przy zgłoszeniu dzieci na badanie w celu wskazania sposobu rozwiązania problemu dziecka/ucznia/uczennicy ze względu na brak poprawy w funkcjonowaniu mimo udzielonej pomocy psychologiczno-pedagogicznej potrzebny jest wniosek - WZÓR nr 11.
13. Diagnozowanie dzieci i młodzieży jest prowadzone w szczególności w celu określenia indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży, wyjaśnienia mechanizmów ich funkcjonowania w odniesieniu do zgłaszanego problemu oraz wskazania sposobu rozwiązania tego problemu.
14. W celu podjęcia dalszych czynności diagnostycznych diagnosta może zobowiązać rodziców/opiekunów prawnych dziecka/pełnoletniego ucznia do podjęcia stosownych działań - WZÓR nr 4, WZÓR nr 5.
15. W celu obserwacji dziecka w przedszkolu, szkole, placówce rodzic lub opiekun prawny/pełnoletni uczeń składa wniosek o przeprowadzenie dalszych czynności diagnostycznych w placówce do której uczęszcza dziecko. Poradnia zwraca się z wnioskiem do dyrektora przedszkola, szkoły o umożliwienie przeprowadzenia dalszych czynności diagnostycznych na terenie placówki - WZÓR nr 6.
16. W celu przeprowadzenia obserwacji dziecka w przedszkolu, szkole, placówce dyrektor Poradni występuje do dyrektora stosownej placówki z pismem - WZÓR nr 7.
17. Dziecko wymagające noszenia szkieł korekcyjnych lub aparatów słuchowych powinno mieć je ze sobą w dniu badania. Dziecko powinno być też w dobrej kondycji psychofizycznej, zdrowe. Badający powinien też (w miarę możliwości) uzyskać od rodzica (prawnego opiekuna) informację o przyjmowanych przez dziecko lekach, mogących wpływać na funkcjonowanie dziecka w dniu badania.
18. Po diagnozie dziecko jest oddawane pod opiekę rodzica lub opiekuna prawnego.
19. Osoby diagnozujące przekazują ustnie rodzicowi (opiekunowi), pełnoletniemu uczniowi wyniki badań, udzielają porad odnośnie postępowania wychowawczego i pracy z dzieckiem w domu, w razie potrzeb kierują do odpowiednich specjalistów lub instytucji działających na rzecz dziecka i rodziny.
20. Efektem diagnozowania dzieci i młodzieży jest w szczególności:
 - a) wydanie opinii;
 - b) wydanie orzeczenia o potrzebie: kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (zgodnie z regulaminem pracy Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie;
 - c) informacji o wynikach badań;
 - d) objęcie dzieci i młodzieży oraz rodziców(prawnych opiekunów) bezpośrednią pomocą psychologiczno- pedagogiczną;
 - e) wspomaganie nauczycieli w zakresie pracy z dziećmi i młodzieżą oraz rodzicami.
21. Rodzic/opiekun prawny reprezentujący dziecko podczas badania jest zobowiązany poinformować diagnostów o sytuacji konfliktu rodziców/opiekunów co do podejmowania wszystkich działań wobec dziecka w Poradni przez jednego z nich.

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Miejscowość

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie

**WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
(PSYCHOLOGICZNYCH, PEDAGOGICZNYCH, LOGOPEDYCZNYCH,
ZAWODOZNAWCZYCH, KONSULTACJI)***

Imię i nazwisko
(mojego dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia/słuchacza)*

PESEL:

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

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki:

Klasa, oddział, grupa wychowawcza:

Uzasadnienie złożenia wniosku:
.....

W celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych wychowawczych dziecka albo pełnoletniego ucznia poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza, o wydanie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*)

*właściwe podkreślić

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.p/ w zakładce ROD

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA NA BADANIE LOGOPEDYCZNE*/PROGRAMEM WIDZĘ*/PROGRAMEM SŁYSZĘ* W PLACÓWCE

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Pesel:

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

Adres.....

Tel.

Przedszkole /szkoła (adres) grupa / klasa.....

Wyrażam zgodę na badanie logopedyczne* / programem widzę, programem słyszę/ mojego dziecka..... oraz na udostępnienie wyników badań nauczycielowi.

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
- Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

.....
Data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna*

*właściwie podkreślić

Wypełnia Poradnia

Dokumentacja Poradni:

Dniazostało przeprowadzone przesiewowe badanie logopedyczne* / programem widzę, programem słyszę/ dziecka

Badanie wykazało:

.....
.....
.....

.....
Podpis badającego

Dniazostała udzielona porada po logopedycznym*/ programem widzę, programem słyszę/ badaniu przesiewowym dziecka.

Zalecono w rozmowie postdiagnostycznej.....
.....

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego*

Pieczętka szkoły
.....

Data

**Wniosek o przeprowadzenie badań specjalistycznych
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie
ucznia/uczenicy/słuchacza szkoły ponadgimnazjalnej lub ponadpodstawowej
z trudnościami w pisaniu i/lub czytaniu
(podejrzenie specyficznych trudności w uczeniu się)**

Imię i nazwisko wnioskodawcy (nauczyciela, specjalisty, rodzica/prawnego opiekuna,
pełnoletniego ucznia):

Imię i nazwisko ucznia/słuchacza:

Data i miejsce urodzenia:

Pesel ucznia:

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

Adres zamieszkania:

Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych:

Telefon:

Szkoła:.....

Klasa:.....

UZASADNIENIE

1. Czy uczeń/słuchacz uczestniczył w badaniach psychologiczno-pedagogicznych lub logopedycznych:
- nie,
- tak.

Kiedy i gdzie?

2. Formy pomocy udzielonej uczniowi/słuchaczowi (rodzaj, okres trwania, efekty):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Nasilenie występowania nieprawidłowości (proszę zaznaczyć):

- błędy nieliczne;
- liczne błędy ortograficzne,
- nasilone występowanie błędów ortograficznych i błędów specyficznych.

4. Rodzaj popełnianych błędów (proszę zaznaczyć):

- błędy ortograficzne,
- błędy fonetyczne,
- błędy fleksyjne,
- błędy znaczeniowe,
- błędy frazeologiczne,
- błędy składniowe,
- błędy stylistyczne ,
- błędy interpunkcyjne.

5. Poziom graficzny pisma:

- poprawny,
- zaburzony (wymienić cechy pisma)

.....
.....

6. Znajomość zasad ortografii:

- bez zastrzeżeń,
- niepełna (wymienić czego dotyczy)

.....
.....

7. Poziom wypowiedzi pisemnych

.....
.....

8. Poziom wypowiedzi ustnych

.....
.....

9. Trudności w czytaniu dotyczą:

- tempa,
- techniki,
- rozumienia czytanego tekstu.

10. Czy występują trudności w uczeniu się innych przedmiotów szkolnych?

- nie,
- tak.

Przedmiot i opis trudności:

.....
.....

11. Zainteresowania i uzdolnienia ucznia/słuchacza:

.....
.....

12. Oceny szkolne z poszczególnych przedmiotów nauczania z ostatniego semestru lub końca roku szkolnego:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Uwagi o uczniu/słuchaczu (dot. stanu zdrowia, czy prowadzi pracę w domu nad eliminacją trudności, ocena stopnia jego zaangażowania, postawa wobec ogółu obowiązków szkolnych, barier i ograniczeń mających wpływ na funkcjonowanie i uczestnictwo w życiu szkoły, inne)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis wnioskodawcy

Po zapoznaniu się z treścią wniosku dotyczącego mojego dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza

.....
wyrażam zgodę na podjęcie czynności diagnostycznych oraz na wykorzystanie dokumentacji dotyczącej dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*, zgromadzonej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie.

.....
*podpis rodzica/prawnego opiekuna lub
pełnoletniego ucznia/słuchacza**

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

Opinia Rady Pedagogicznej z dnia

.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęćka szkoły

.....
podpis dyrektora

Na badanie należy zabrać prace pisemne, sprawdziany ortograficzne ucznia oraz zeszyty z języka polskiego lub innych przedmiotów.

*właściwe podkreślić

Białogard,.....

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W BIAŁOGARDZIE

78-200 Białogard ul. Dworcowa 2, tel/fax (094)312 25-96, 515 082 620

email : sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl

www.ppp.powiat-bialogard.pl

.....
.....
.....
.....

W celu podjęcia dalszych czynności diagnostycznych dziecka/ucznia/słuchacza*

.....

(imię i nazwisko dziecka, podopiecznego, pełnoletniego ucznia/słuchacza)*

proszę o uzupełnienie dokumentacji o:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

(podpis)

Powyższą informację przyjąłem do wiadomości.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia/słuchacza)*

*właściwe podkreślić

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

Białogard,.....

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W BIAŁOGARDZIE

78-200 Białogard ul. Dworcowa 2, tel/fax (094)312 25-96, 515 082 620

email : sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl

www.ppp.powiat-bialogard.pl

.....
.....
.....
.....

W celu uzyskania informacji o dziecku/uczniu/słuchaczu*

.....

proszę o wydanie opinii dotyczącej

.....

.....

Zebrana dokumentacja niezbędna jest do podjęcia dalszych czynności diagnostycznych.

.....

(podpis)

Powyższą informację przyjąłem do wiadomości.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia/słuchacza)*

* właściwe podkreślić

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE OBSERWACJI

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie zwraca się z prośbą do

dyrektora

(nazwa i adres przedszkola, szkoły lub placówki)

o możliwość przeprowadzenia obserwacji psychologicznej/pedagogicznej/logopedycznej* przez

pracownika Poradni

(imię i nazwisko psychologa/pedagoga/logopedy*)

dotyczącej

(imię i nazwisko dziecka/ucznia*)

Klasa, oddział, grupa wychowawcza:

Uzasadnienie złożenia wniosku:

.....
.....
.....
.....

.....
podpis dyrektora Poradni

Wyrażam zgodę na obserwację mojego dziecka w przedszkolu/szkole/placówce *.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia*

*właściwe podkreślić

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

Pieczętka szkoły
.....

Data

**Wniosek o przeprowadzenie badań specjalistycznych
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie
ucznia/słuchacza szkoły ponadgimnazjalnej lub ponadpodstawowej
z trudnościami w matematyce
(podejrzenie specyficznych trudności w uczeniu się)**

Imię i nazwisko wnioskodawcy (nauczyciela, specjalisty, rodzica/prawnego opiekuna,
pełnoletniego ucznia lub słuchacza):

Imię i nazwisko ucznia/słuchacza:

Data i miejsce urodzenia:

Pesel ucznia:

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

Adres zamieszkania:

Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych:

Telefon:

Szkoła:.....

Klasa:.....

UZASADNIENIE

1. Czy uczeń/słuchacz uczestniczył w badaniach psychologiczno-pedagogicznych lub logopedycznych:

- a) nie,
- b) tak.

Kiedy i gdzie?.....

2. Formy pomocy udzielonej uczniowi/słuchaczowi (rodzaj, okres trwania, efekty):

.....
.....
.....
.....
.....

3. Rodzaj popełnianych błędów (proszę wymienić):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Znajomość np. zasad kolejności wykonywania działań, wzorów, tabliczki mnożenia:

- a) bez zastrzeżeń,
- b) niepełna (wymienić czego dotyczy)

.....
.....
.....

5. Trudności w rozwiązywaniu zadań tekstowych dotyczą:

.....
.....
.....
.....
.....

6. Czy występują trudności w uczeniu się innych przedmiotów szkolnych?

- a) nie,
- b) tak.

Przedmiot i opis trudności:

.....
.....
.....
.....
.....

7. Zainteresowania i uzdolnienia ucznia/słuchacza:

.....
.....
.....

8. Oceny szkolne z poszczególnych przedmiotów nauczania z ostatniego semestru lub końca roku szkolnego:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Uwagi o uczniu/słuchaczu (dot. stanu zdrowia, czy prowadzi pracę w domu nad eliminacją trudności, oceny stopnia jego zaangażowania, postawy wobec ogółu obowiązków szkolnych, barier i ograniczeń mających wpływ na funkcjonowanie i uczestnictwo w życiu szkoły, inne)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis wnioskodawcy

Po zapoznaniu się z treścią wniosku dotyczącego mojego dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*

.....
wyrażam zgodę na podjęcie czynności diagnostycznych oraz na wykorzystanie dokumentacji dotyczącej dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*, zgromadzonej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie.

.....
*podpis rodzica/prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia/słuchacza**

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

Opinia Rady Pedagogicznej z dnia

.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęćka szkoły

.....
podpis dyrektora

Na badanie należy zabrać sprawdziany ucznia oraz zeszyty z matematyki.

* właściwe pokreślić

3. Czy stan zdrowia ucznia wpływa na jego funkcjonowanie w przedszkolu/szkole lub ogranicza możliwość udziału w tych zajęciach?

TAK

NIE

Jeżeli tak, należy opisać wpływ stanu zdrowia dziecka na jego funkcjonowanie w przedszkolu/szkole

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Czy dziecko/uczeń miało/miał dużą liczbę nieobecności w przedszkolu/szkole? Czym były spowodowane?

.....
.....
.....
.....

5. Jakie są słabsze strony dziecka/ucznia oraz przyczyny utrudniające przedszkolne/szkolne funkcjonowanie (w tym emocjonalno-społeczne)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Czy dziecko/uczeń sprawia problemy wychowawcze – jeżeli tak, należy je opisać:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Czy stwierdza się u ucznia braki w wiadomościach lub umiejętnościach szkolnych? Jeżeli tak, należy je opisać:

.....
.....
.....
.....
.....

8. Informacja o działaniach podjętych przez nauczycieli lub specjalistów w celu poprawy funkcjonowania dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, okresie udzielania oraz efektach.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Jakie inne działania dotychczas podjęto w celu eliminowania obserwowanych trudności? Czy były skuteczne?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Wskazany okres objęcia ucznia indywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

.....
.....
.....

11. Proponowany zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału odpowiednio w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

- indywidualnie z uczniem:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Propozycja działań, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia w życiu przedszkola/szkoły:

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Inne ważne uwagi o dziecku/uczniu dla pracownika Poradni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(data i podpis sporządzającego opinię)

(podpis dyrektora szkoły/placówki)

Po zapoznaniu się z treścią opinii dotyczącej mojego dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*

.....

wyrażam zgodę na podjęcie czynności diagnostycznych oraz na wykorzystanie dokumentacji dotyczącej dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*, zgromadzonej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie.

.....
*podpis rodzica/prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia/słuchacza**

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

Pieczętka szkoły

Data.....

**Wniosek o przeprowadzenie badań specjalistycznych
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie
ucznia/słuchacza w sprawie zezwolenia na indywidualny program/tok nauki**

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy - dyrektora szkoły)

.....
(nazwa i adres szkoły)

Wnioskuje o przeprowadzenie badań diagnostycznych ucznia/słuchacza kl.

.....
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy/słuchacza*)

urodzonego/nej
(data i miejsce urodzenia)

Pesel ucznia/słuchacza:

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

zamieszkałego/tej.....

.....
Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych/ osób (podmiotu) sprawującego pieczę zastępczą nad uczniem

.....
Telefon:

1.Czy uczeń/słuchacz uczestniczył w badaniach psychologiczno-pedagogicznych lub logopedycznych:

- a) nie,
- b) tak.

Kiedy i gdzie?

.....
.....

2. Formy pomocy udzielonej uczniowi/słuchaczowi (rodzaj, okres trwania, efekty):

.....
.....
.....
.....
.....

3. Czy uczeń/słuchacz w latach ubiegłych realizował(a) indywidualny tok lub program nauczania (podać lata i zakres)

.....
.....
.....

4. Zainteresowania i uzdolnienia ucznia/słuchacza

.....
.....
.....
.....
.....

5. Osiągnięcia ucznia/słuchacza.....

.....
.....
.....
.....
.....

6. Czy uczeń/słuchacz ma trudności w nauce

a) nie,

b) tak.

Jeżeli tak to proszę podać zakres trudności?

.....
.....
.....

7. Inne uwagi o uczniu/słuchaczu (np. dotyczące stanu zdrowia, oceny stopnia jego zaangażowania, postawy wobec ogółu obowiązków szkolnych, relacji z innymi uczniami, barier i ograniczeń funkcjonowania i uczestnictwa w życiu szkoły/placówki)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis wnioskodawcy

Zgoda rodziców / opiekunów prawnych*:

Po zapoznaniu się z treścią wniosku dotyczącego mojego dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*

.....
wyrażam zgodę na podjęcie czynności diagnostycznych oraz na wykorzystanie dokumentacji dotyczącej dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*, zgromadzonej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie.

.....
*podpis rodzica/prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia/słuchacza**

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

Opinia Rady Pedagogicznej z dnia

.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęćka szkoły

.....
podpis dyrektora szkoły

Do wniosku dołączam potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie następujących dokumentów:

1. wniosek do dyrektora szkoły o udzielenia zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki;
2. ostatnie świadectwo szkolne.

*właściwe podkreślić

Pieczętka szkoły

Data.....

Wniosek o przeprowadzenie diagnozy w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie i wskazanie sposobu rozwiązania problemu dziecka/ucznia/uczennicy ze względu na brak poprawy w funkcjonowaniu mimo udzielonej pomocy psychologiczno-pedagogicznej

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy - dyrektora szkoły/przedszkola/placówki)

.....
(nazwa i adres szkoły/przedszkola/placówki)

Wnioskuje o przeprowadzenie badań diagnostycznych dziecka/ucznia/uczennicy kl.

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia/uczennicy)

urodzonego/nej

(data i miejsce urodzenia)

Pesel dziecka/ucznia:

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

zamieszkałego/łej.....

.....
Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych/ osób (podmiotu) sprawującego pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznem

.....
Telefon:

1.Informacja o rozpoznanych indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, możliwościach psychofizycznych dziecka/ucznia/uczennicy oraz jego/jej potencjale rozwojowym (mocne i słabe strony):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.Informacja o trudnościach w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia/ uczennicy w przedszkolu /szkole /placówce:

a)nauka (np. zakres trudności):

.....
.....
.....

7. Wnioski dotyczące dalszych działań mające na celu poprawę funkcjonowania dziecka/ucznia/uczennicy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Inne uwagi o dziecku/uczni/uczennicy (np. dotyczące stanu zdrowia, oceny stopnia jego zaangażowania w naukę, postawy wobec ogółu obowiązków szkolnych):

.....
.....
.....
.....
.....

9. Bariery i ograniczenia mające wpływ na funkcjonowanie i uczestnictwo dziecka/ucznia/uczennicy w życiu przedszkola, szkoły i placówki

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Czy dziecko/uczeń/uczennica uczestniczyło w badaniach psychologiczno-pedagogicznych lub logopedycznych:

- a) nie,
- b) tak.

Kiedy i gdzie?

.....
.....
.....
.....

.....
podpis wnioskodawcy

Zgoda rodziców / opiekunów prawnych*:

Po zapoznaniu się z treścią wniosku dotyczącego mojego dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*

.....

wyrażam zgodę na podjęcie czynności diagnostycznych oraz na wykorzystanie dokumentacji dotyczącej dziecka/podopiecznego/pełnoletniego ucznia/słuchacza*, zgromadzonej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie.

.....
*podpis rodzica/prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia/słuchacza**

-
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białogardzie, ul. Dworcowa 2, 78-200 Białogard, adres e-mail: sekretariat@ppp.powiat-bialogard.pl, tel. 94 312 25 96;
 - Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na stronie www.ppp.powiat-bialogard.pl w zakładce RODO

**właściwe podkreślić*