**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel.** [**54 280 50 48**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=poradnia%20rypin&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&sxsrf=ALeKk00qycSo4Al80G9f3KAyOcaJ0yAfGQ:1615658936519&rflfq=1&num=10&rldimm=11588314876882625670&lqi=Cg5wb3JhZG5pYSByeXBpbloaCghwb3JhZG5pYSIOcG9yYWRuaWEgcnlwaW6SAQ5tZWRpY2FsX2NsaW5pY6oBEBABKgwiCHBvcmFkbmlhKAs&ved=2ahUKEwi95fTH7q3vAhXNvosKHSaoBQoQvS4wBXoECAQQLg&rlst=f)**, 534 472 805, e-mail:** [**sekretariat@ppprypin.pl**](mailto:sekretariat@ppprypin.pl)

.................................................. ........................................................  
 /imię, nazwisko wnioskodawcy/ Miejscowość, data

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

..................................................  
 /adres/

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie,  
ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

..................................................  
 /numery telefonów kontaktowych/

**Wniosek  
o przeprowadzenie badań diagnostycznych / poradę / konsultację**

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia .................................................................................................
2. Data urodzenia ................................................... miejsce urodzenia ........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. PESEL/seria i numer dokumentu tożsamości dziecka

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia ......................................................................................................  
    /ulica / miejscowość/

.....................................................................................................................................  
 /poczta/

-

1. Nazwa i adres szkoły ................................................................................................................................

..................................................................................................... klasa ...................................................

1. Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych\* ...............................................................................

..................................................................................................................................................................  
\* jeśli wniosek wypełnia opiekun prawny należy dołączyć orzeczenie Sądu Rodzinnego o ustaleniu prawnego opiekuna dziecka

1. Miejsce zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów ...........................................................................

..................................................................................................................................................................  
 /dokładny adres/

1. POWÓD ZGŁOSZENIA(właściwe zaznaczyć)

**□** ocena rozwoju dziecka,

**□** ocena dojrzałości szkolnej,

□ trudności w nauce ................................................................................................................................

□ trudności w czytaniu i/lub pisaniu,

□ problemy wychowawcze/emocjonalne,

□ szczególne uzdolnienia,

□ wybór szkoły/zawodu,

□ podjęcie nauki w szkole branżowej przed 15 rokiem życia,

□ nieprawidłowości w mówieniu (wada wymowy, opóźniony rozwój mowy),

□ konsultacja – uzyskanie wskazówek do pracy,

□ inny (jaki?) ..........................................................................................................................................

1. Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej:

□ TAK – proszę podać nazwę placówki ...............................................................................................

□ NIE

1. Informujemy o możliwości dołączenia do wniosku posiadanej dokumentacji dziecka w celu przeprowadzenia rzetelnej diagnozy.
2. Do wniosku załączam:

□ opinię nauczyciela o dziecku,

□ dokumentację z innych placówek diagnozujących wcześniej dziecko,

□ wytwory pracy dziecka (np. ksero dyktand, wypracowań, dowody pracy samokształceniowej, itd.),

□ dokumentację medyczną, specjalistyczną,

□ inne (jakie?) .........................................................................................................................................

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o dziecku szkole/placówce, do której uczęszcza dziecko innym instytucjom sprawującym opiekę

□ TAK

□ NIE

(właściwe zaznaczyć)

* **Przyjmuję do wiadomości, że dziecko zgłasza się na badania pod opieką rodziców/opiekunów prawnych, którzy odpowiadają za bezpieczeństwo dzieci na terenie poradni (z wyłączeniem pobytu w gabinecie diagnostycznym). Zobowiązuję się do pobytu na terenie placówki podczas całego badania dziecka.**
* **Pełnoletni uczniowie mogą zgłaszać się na badania samodzielnie.**

....................................................................  
 /podpis wnioskodawcy/

* O terminie badań wnioskodawca zostanie poinformowany osobiście, pisemnie lub telefonicznie.