

Bydgoszcz, dnia.....

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 2 w Bydgoszczy, ul. Gawędy 5, 85-792 Bydgoszcz

WNIOSEK NAUCZYCIELA / SPECJALISTY WYKONUJĄCEGO W SZKOLE ZADANIA Z ZAKRESU POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W SPRAWIE WYDANIA OPINII O DYSLEKSJI ROZWOJOWEJ DLA UCZNIĄ GIMNAZJUM/SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ *(podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z 10.06.2015 roku w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych – Dz.U. z 2015, poz. 843 z późn. zm.)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Szkoła/adres.....klasa.....

Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów i adres zamieszkania

.....

.....TELEFON.....

UZASADNIENIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
..... podpis nauczyciela/specjalisty

Za zgodą/ na wniosek rodziców/opiekunów prawnych lub pełnoletniego ucznia (właściwe podkreślić)

.....
..... podpis rodziców/ opiekunów prawnych lub pełnoletniego ucznia

Opinia Rady Pedagogicznej (właściwe podkreślić) POZYTYWNA/ NEGATYWNA

.....
..... podpis dyrektora szkoły

* Dotyczy uczniów badanych po raz pierwszy pod kątem dysleksji rozwojowej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu diagnostyczno – terapeutyczno – orzeczniczego dziecka. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883)