............................................................................…………………………….......…. …………………...……………………

(imiona i nazwiska rodziców /prawnych opiekunów/) (miejscowość, data)

...................................................................................……………………………….

(miejsce zamieszkania – dokładny adres)

..........................................................……………………………........……..……..

(telefon)

Zgłoszenie dziecka

**do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krzyżu Wlkp.**

Nazwisko: ……………………….. Pierwsze imię:………………...……….. Drugie imię: .....................….........

Data urodzenia: …………………………………… miejsce urodzenia: .......……........................….…...

  (dzień –miesiąc –rok)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (w przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Adres zamieszkania:..............................................................................................……................….....................

(ulica, nr domu, nr lokalu)

...................................................................................................................................……....…................................

(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Nazwa przedszkola/szkoły:........................................................................................……..…................................

Adres przedszkola/szkoły:.............................................................................................……..........................…......

(ulica, nr domu, nr lokalu)

............................................................................................................................................……....................….......

(miejscowość, kod pocztowy, poczta)

Klasa/oznaczenie oddziału: ……...........

Powód zgłoszenia dziecka:...................................................................................................................……...........

..............................................................................................................................................................…….....…....

...............................................................................................................................................................……...........

Czy dziecko było badane w tutejszej Poradni TAK/NIE\* innej (gdzie?)……………………….……………………………

Na podstawie § 5 ust.5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013, poz.199 ze zm.) przyjmuję do wiadomości, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka Poradnia może zwrócić się do dyrektora przedszkola/szkoły/placówki, do której dziecko uczęszcza o wydanie opinii nauczyciela, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów.

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* napozyskiwanie z przedszkola/szkoły informacji nt. funkcjonowania dziecka oraz udzielanie nauczycielom informacji o wynikach przeprowadzonych badań.**

………………..……………….

 podpis rodziców / prawnych opiekunów

**Załączniki:**

1. Opinia nauczyciela, arkusz obserwacyjny, karta informacyjna, prace dziecka: zeszyty, sprawdziany ,wynik badania słuchu (audiogram) i wzroku w przypadku

 wniosku o badanie w kierunku dysleksji rozwojowej (dysleksja, dysgrafia, dysortografia), w przypadku badania dojrzałości szkolnej wynik badań pediatrycznych\*

2. Inne( jakie):……………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Wypełnia pracownik Poradni:** |
| Data | Uzgodniono | Podpis pracownika Poradni  | Podpis rodziców/ prawnych opiekunów |
|  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

