**Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna**

ul. Żaków 3, 66-200 Świebodzin, tel.: +48 684578801
e-mail: sekretariat@poradniapp.swiebodzin.pl

*Załącznik do Procedury wstępnej kwalifikacji zgłoszeń*
*i ustalania sposobu realizacji pomocy w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świebodzinie*

# ZGŁOSZENIE DO PORADNI NR /2026/2027

……
*Data wpływu zgłoszenia*

| **CZĘŚĆ A. Dane rodzica / prawnego opiekuna/ pełnoletniego ucznia** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Imię (imiona) | | | | |
| Nazwisko | | | | |
| Adres zamieszkania | Kod pocztowy | Miejscowość | Województwo | |
| | Ulica | | Nr domu | Nr lokalu |
| | Telefon | E-mail | | |

| **CZĘŚĆ B. Dane dziecka /ucznia** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Imię (imiona) | | | | |
| Nazwisko | | | | |
| Data urodzenia (D-M-R) | PESEL | | | |
| Miejsce urodzenia | Kraj | | | |
| Adres zamieszkania | Kod pocztowy | Miejscowość | Województwo | |
| | Ulica | | Nr domu | Nr lokalu |
| | Telefon | | | |
| Nazwa i adres szkoły, przedszkola, placówki do której uczęszcza | Pełna nazwa szkoły /przedszkola/placówki | | | |
| | Kod pocztowy | Miejscowość | | |
| | Ulica | | Nr domu | Nr lokalu |
| | Klasa/Oddział | Nazwa zawodu (kształcenie w zawodzie) | | |

## CZĘŚĆ C. Informacje rodzica/opiekuna o funkcjonowaniu dziecka i dotychczasowej pomocy *(Informacje zawarte w tej części wniosku służą Poradni do wstępnego rozpoznania potrzeb dziecka, oceny dotychczas udzielanego wsparcia oraz ustalenia właściwej formy pomocy i dalszego postępowania.*

**Powód zgłoszenia (krótki opis problemu lub trudności)**

---

**1. Czego dotyczą obserwowane trudności? Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.**

☐ nauki / osiągnięć szkolnych
☐ koncentracji i uwagi
☐ zachowania
☐ emocji
☐ relacji z rówieśnikami
☐ relacji z dorosłymi
☐ mowy / komunikacji
☐ rozwoju
☐ samodzielności
☐ funkcjonowania w codziennych sytuacjach
☐ inne: .....

**2. Gdzie trudności są najbardziej widoczne?**

☐ w domu
☐ w przedszkolu/szkole
☐ w kontaktach z rówieśnikami
☐ w kilku środowiskach
☐ tylko w określonych sytuacjach

**Jeżeli tylko w określonych sytuacjach – jakich?**

.....

**3. Od kiedy obserwują Państwo trudności?**

☐ od niedawna
☐ od kilku miesięcy
☐ ponad rok
☐ od wcześniejszych etapów rozwoju dziecka
☐ trudno określić

**4. Jak trudności wpływają obecnie na funkcjonowanie dziecka?**

☐ dziecko zasadniczo radzi sobie, ale potrzebuje wsparcia
☐ utrudniają naukę lub wykonywanie codziennych zadań
☐ powodują częste trudności w przedszkolu/szkole
☐ wyraźnie ograniczają funkcjonowanie dziecka
☐ trudno ocenić

**5. Czy w ostatnim czasie nastąpiła wyraźna zmiana w funkcjonowaniu dziecka?**

☐ nie
☐ tak – pogorszenie
☐ tak – poprawa
☐ trudno ocenić

**Jeżeli tak, proszę krótko opisać, co się zmieniło:**

.....

**6. Czy dziecko jest obecnie objęte pomocą psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu/szkole?**

☐ nie
☐ tak
☐ nie wiem

**7. Jeżeli tak, z jakich form pomocy dziecko korzysta?**

☐ zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze
☐ zajęcia korekcyjno-kompensacyjne
☐ zajęcia logopedyczne
☐ zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne
☐ inne zajęcia specjalistyczne/terapeutyczne
☐ pomoc psychologa
☐ pomoc pedagoga/pedagoga specjalnego
☐ inne: .....…

**8. Jak długo dziecko korzysta z tej pomocy?**

☐ krócej niż 3 miesiące
☐ 3–6 miesięcy
☐ ponad 6 miesięcy
☐ ponad rok
☐ trudno określić

**9. Jakie są efekty udzielanej pomocy?**

☐ nastąpiła wyraźna poprawa
☐ nastąpiła częściowa poprawa
☐ nie zauważono poprawy
☐ trudności się nasilają
☐ trudno ocenić

**10. Czy dziecko było wcześniej diagnozowane?**

☐ tak – w Poradni PPP Świebodzin
☐ tak – poza Poradnią
☐ tak – w kilku miejscach

☐ nie

**Jeżeli tak, czego dotyczyła diagnoza?.....**

**11. Czy dziecko posiada opinię/orzeczenie wydane przez PPP**

☐ tak ☐ nie

**12. Czy dziecko jest lub było pod opieką specjalisty ( lekarza, psychologa, psychoterapeuty, logopedy, inny terapeuta) lub korzysta z pomocy specjalistycznej poza Poradnią i szkołą?**

☐ tak ☐ nie

**Jeżeli tak, proszę podać, z jakiej pomocy korzysta:**

.....

**13. Czy dziecko jest lub było leczone farmakologicznie w związku z trudnościami będącymi powodem zgłoszenia?**

☐ nie ☐ tak

**Jeżeli tak, proszę krótko wskazać, czego dotyczy leczenie:**

.....

**14. Jakiej pomocy oczekują Państwo od Poradni?**

☐ diagnozy
☐ konsultacji
☐ wskazania sposobów pomocy dziecku
☐ pomocy w trudnościach w nauce
☐ pomocy w trudnościach emocjonalnych lub zachowaniu
☐ innej: .....

**15. Czy posiadają Państwo dokumenty dotyczące wcześniejszej diagnozy, leczenia lub udzielanej pomocy, które mogą być istotne dla sprawy?( informacja ze szkoły, dokumentacja medyczna, opinie itp.)**

☐ nie
☐ tak – dołączam

proszę wymienić jakie?:
……

**Podpis rodzica/opiekuna prawnego:**

## CZĘŚĆ D. Oświadczenia

*1. W przypadku wydania opinii poradnia może zwrócić się do dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której dziecko albo pełnoletni uczeń uczęszcza, w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych. Informacja może być sporządzona w formie opinii nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów. (§ 5. ust 5 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno- pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych z póz. zm. )*

……
*podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

*2.Przyjmuję do wiadomości, że w PPP w Świebodzinie obowiązują Standardy Ochrony Małoletnich, które dostępne są na terenie poradni oraz stronie internetowej* www.poradniapp.swiebodzin.pl

……
podpis rodzica / prawnego opiekuna /
*/ osoby pełnoletniej /*

*3.Przyjmuję do wiadomości, iż sytuacji, gdy dziecko zgłasza się do poradni bez rodziców/ prawnych opiekunów, poradnia nie ponosi odpowiedzialności za jego powrót do domu po badaniach. Powrót dziecka do domu bez opieki rodziców/ prawnych opiekunów jest możliwy za pisemną zgodą rodziców/ prawnych opiekunów.*

……
*podpis rodzica / prawnego opiekuna /*
*/ osoby pełnoletniej /*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

*Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna z siedzibą w Świebodzinie (66-200) przy ulicy Żaków 3. Z administratorem można skontaktować się mailowo: sekretariat@poradniapp.swiebodzin.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: iod@powiat.swiebodzin.pl.*

*Dane przetwarzane są dla celów związanych z przeprowadzeniem badań lub prowadzeniem terapii, na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Dane osobowe mogą zostać udostępnione innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych na podstawie przepisów prawa, a w szczególności w ramach uzyskiwania informacji z placówki edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.poradniapp.swiebodzin.pl w zakładce „Ochrona danych osobowych" .*

…..... ….....
*podpis wnioskodawcy/wnioskodawców*

## CZĘŚĆ E. Kwalifikacja zgłoszenia

**1.Data kwalifikacji**

**2. Kwalifikacja: ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ P4**

**3. Uzasadnienie:…….**

**4.Podpis zespołu kwalifikującego: ……..**
**5. zaplanowane wizyty : psycholog ……pedagog…….logopeda ……..**

## CZĘŚĆ F. status realizacji wniosku

| Data | Status | Uwagi |
|---|---|---|
| ……<br>……<br>……<br>……..<br>……..<br>……<br>…… | ☐ oczekuje<br>☐ w trakcie realizacji<br>☐ rodzic nie zgłosił się<br>☐ Przeło0zono termin<br>☐ zrealizowano<br>☐ inne | ……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>……<br>…… |