# Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 12

**ul. Dzielna 1A,**

**00-162 Warszawa,**

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE

**METODĄ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ (SI)**

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………….

Adres zamieszkania dziecka ……………………………………………………………………

Telefon kontaktowy …………………………….........................................................................

Adres email rodzica …………………………………………………………………………...

Szkoła/ Przedszkole …………………………………………..Oddział/Klasa …………...........

1. Dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 12

TAK kiedy …………………… , specjalista/specjaliści ……………………………………

NIE

1. Dziecko posiada *Ocenę rozwoju procesów integracji sensorycznej*

TAK nazwa placówki wydającej opinię ……………………........................................... …………………………………………………………………………………………………

data wystawienia ………………………....................................................................................

NIE

1. Dziecko uczęszczało na terapię SI

TAK (nazwa placówki) ...........................................................................................................

 w okresie od (data rozpoczęcia terapii) ..................................... do ..........................................

NIE

1. Dziecko uczęszczało/ będzie uczęszczało w roku szkolnym na:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trening uwagi słuchowej Tomatisa  | TAK | NIE |
| Trening uwagi słuchowej Johansena  | TAK | NIE |
| Neuroflow | TAK | NIE |
| Psychomotorykę | TAK | NIE |
| Ćwiczenia ortoptyczne | TAK | NIE |
| Terapię logopedyczną | TAK  | NIE  |

Wnioskuję o przyjęcie dziecka na zajęcia terapeutyczne metodą integracji sensorycznej (SI) w roku szkolnym ……………………….

**Główne aktualne trudności dziecka** ……………………………………………………………........................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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

……………………… ………………………
 (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka przez PP-P nr 12 w Warszawie.

Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia zajęć terapeutycznych metodą SI.

W trybie art. 13 ust. 1 i 2 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. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, informuję:

1. Administratorem jest Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna Nr 12 w Warszawie ul. Dzielna 1a, która przetwarza podane dane osobowe zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a i art. 9 ust. 2. lit. a RODO w związku z Prawem Oświatowym i ustawą System Informacji Oświatowej.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pani Ewa Felińska, tel. 604270401

3. Dane osobowe podane we wniosku przetwarzane będą w celu przeprowadzenia badań i/lub wydania opinii.

4. Dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej.

5. Dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art.4 pkt.9 RODO.

6. Dane osobowe mogą być przekazane organom państwowym, organom ochrony prawnej w związku z prowadzonym postepowaniem.

7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony zgodnie z prawem archiwizacji.

8. Przysługuje Panu(i) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

9. Cofnięcie zgody będzie miało konsekwencje braku możliwości przeprowadzenia badań i/lub wydania opinii.

10. Cofnięcie zgody może mieć następującą formę: Cofam moją zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ……………………………..……nr …… w Warszawie, udzieloną w dniu ……………………. w celu ………………………………….. Podpis wnioskodawcy

11. Przysługuje Panu(i) prawo do żądania dostępu do danych osobowych dotyczących Pana(i) osoby i/lub Pana(i) dziecka, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu.

12. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego w zgodności z art. 77 RODO. Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w trybie art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a 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. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r.

Warszawa, dnia……………………

………………………………………
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Załączniki:

- kopia *Oceny rozwoju procesów integracji sensorycznej*

- zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań do terapii

-inne dokumenty