

ZGŁOSZENIE DZIECKA DO NIEPUBLICZNEJ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ DZIATWA

Dane dziecka i rodzina/opiekuna prawnego *	
Imię i nazwisko dziecka	
Data i miejsce urodzenia dziecka	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica	
Adres zamieszkania/adres korespondencyjny	
Numer telefonu	
Adres mail	

* Dane osobowe, w tym dane wrażliwe, podane w formularzu zgłoszenia dziecka, są wykorzystywane wyłącznie przez naszą poradnię i chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO. Są one niezbędne do prawidłowego procesu zapisu dziecka i zapewnienia mu odpowiedniego wsparcia terapeutycznego. Dokładamy wszelkich starań, aby dane te były bezpiecznie przetwarzane i przechowywane.

Dziecko przejawia trudności (właściwe zakreślić):

emocjonalne:	w zakresie funkcjonowania społecznego:	poznawcze:
<input type="checkbox"/> silnie reaguje na stres	<input type="checkbox"/> lękliwe	<input type="checkbox"/> nie potrafi się skupić
<input type="checkbox"/> jest płacziwe	<input type="checkbox"/> wstydlive	<input type="checkbox"/> nie rozumie poleceń
<input type="checkbox"/> wycofane	<input type="checkbox"/> nieśmiałe	<input type="checkbox"/> nie kończy rozpoczętych
<input type="checkbox"/> drażliwe	<input type="checkbox"/> konfliktowe	czynności
<input type="checkbox"/> zamknięte w sobie	<input type="checkbox"/> agresywne	<input type="checkbox"/> szybko się męczy
<input type="checkbox"/> nie ma pewności siebie	<input type="checkbox"/> ma problemy z rozstaniem	<input type="checkbox"/> wolno pracuje
<input type="checkbox"/> występują tiki	<input type="checkbox"/> nie przestrzega norm i zasad grupowych	<input type="checkbox"/> niechętnie/niedbale wykonuje
<input type="checkbox"/> moczy się w nocy	<input type="checkbox"/> inne:.....	zadania lub ich nie wykonuje
<input type="checkbox"/> występują wybuchy		<input type="checkbox"/> nie zapamiętuje nowych

złości		informacji
<input type="checkbox"/> zaburzenia łaknienia		<input type="checkbox"/> ma trudności w czytaniu i pisaniu
<input type="checkbox"/> inne:.....		<input type="checkbox"/> ma problem z rozróżnieniem /nazywaniem stron ciała
		<input type="checkbox"/> wykazuje problemy z koordynacją
		<input type="checkbox"/> inne:.....

Do zgłoszenia załączam (właściwe zaznaczyć):

- wyniki badań medycznych, psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych;
- opinię z przedszkola/szkoły;
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka;
- inne opinie / orzeczenia

Rodzaj preferowanej terapii (właściwe zaznaczyć):

- psychologiczna
- terapeutyczna
- pedagogiczna
- logopedyczna
- neurologopedyczna
- terapia ręki
- terapia dysleksji
- TUS (Trening Umiejętności Społecznych)
- Biofeedback
- Tomatis

Czy dziecko samodzielnie wraca do domu po zajęciach ? TAK/NIE

Czy dziecko wraca do Opieki Pedagogicznej (Świetlice) TAK/NIE (dotyczy dzieci naszej szkoły)

Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem dziecka i podpisując niniejsze zgłoszenie wyrażam zgodną wolę obojga rodziców. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz dziecka zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późniejszymi zmianami). Przyjmuję do wiadomości, że dane te będą wykorzystane wyłącznie do celów terapii dziecka, a także w celu obowiązkowego gromadzenia informacji w ramach Systemu Informacji Oświatowej.

Akceptuję Regulamin oraz Cennik korzystania z usług w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „DZIATWA” w Warszawie, stanowiące integralną część niniejszego zgłoszenia.

(Regulamin oraz Cennik dostępne są dodatkowo w siedzibie Poradni).

Data:

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – RODO

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz moich danych osobowych przez Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną „DZIATWA” w Warszawie w celu realizacji usług terapeutycznych i diagnostycznych, w tym:

1. Przetwarzanie danych niezbędnych do zapisania dziecka na zajęcia terapeutyczne lub diagnostyczne.
2. Przetwarzanie danych medycznych, psychologicznych, pedagogicznych oraz innych danych wrażliwych w celu prawidłowej realizacji diagnozy i terapii.
3. Gromadzenie i przetwarzanie danych w systemach informacyjnych zgodnie z wymogami prawa.

Dane będą przetwarzane wyłącznie przez Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną „DZIATWA” i nie będą udostępniane podmiotom trzecim bez odrębnej zgody, chyba że wynika to z obowiązujących przepisów prawa.

Mam świadomość, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych, dostępu do danych, ich poprawienia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych, jak również do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Data:

Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego: