

Pieczęć szkoły.....

Data,

WNIOSEK

NAUCZYCIELA LUB SPECJALISTY WYKONUJĄCEGO W SZKOLE ZADANIA Z ZAKRESU POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ
LUB
RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW) ALBO PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ
O PRZEPROWADZENIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH UCZNIĄ SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ

Wnioskuje o przeprowadzenie badań diagnostycznych ucznia w sprawie występowania **specyficznych trudności w uczeniu się (dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia)***, w tym dostosowania wymagań edukacyjnych i warunków egzaminacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się.

Imię i nazwisko ucznia.....PESEL:
Data urodzenia.....miejsce ur.
Miejsce zamieszkania.....
Telefon kontaktowy.....
Nazwa szkoły.....
Klasa.....

Wnioskodawca: nauczyciel / specjalista wykonujący w szkole zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej prowadzący zajęcia z uczniem w szkole / rodzice (prawni opiekunowie) / pełnoletni uczeń*:

Uzasadnienie wnioskodawcy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/imię i nazwisko wnioskodawcy/ /podpis/

*właściwe podkreślić

Data przyjęcia wniosku przez Dyrektora szkoły:podpis.....

Zgoda rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia na przeprowadzenie badań

Data czytelny podpis.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby orzecznictwa i obowiązującej statystyki zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Dataczytelny podpis.....
(rodzice, pełnoletni uczeń)

