



Warszawa, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(adres zamieszkania – ulica, numer domu)

.....  
(adres zamieszkania - miejscowość, kod pocztowy)

.....  
(telefon kontaktowy, ew. dodatkowo adres e-mail)

### WNIOSEK O WYDANIE OPINII W SPRAWIE OBJĘCIA UCZNIĄ ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ KSZTAŁCENIA\*

w okresie .....

§ 12 ust. 1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach ( t.j. Dz. U. 2020 r. poz.1280 z późn. zm.)

\*prosimy wypełnić drukowanymi literami

Jako uprawniona/y do składania oświadczeń dotyczących mojego dziecka:

Dane identyfikacyjne dziecka			
imię			
nazwisko			
data urodzenia	dzień	miesiąc	rok
PESEL			
nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko, klasa/oddział			
adres zamieszkania dziecka			

proszę o wydanie opinii w sprawie objęcia dziecka zindywidualizowaną ścieżką kształcenia.

Trudności w funkcjonowaniu dziecka w szkole/oddziale przedszkolnym:

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



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

Oświadczam, że niniejszy wniosek składałam w porozumieniu z drugim rodzicem/opiekunem prawnym dziecka (skreślić w przypadku braku drugiego rodzica/opiekuna prawnego).

---

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, że:**

- 1) administratorem danych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 20, z siedzibą przy ul. Powstańców Śląskich 17, 01-381 Warszawa;
- 2) przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tj. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej (Dz. U. 2021 poz. 584 ze zm.), Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. 2021 poz. 1082 ze zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2017 poz. 1647), w powiązaniu z art. 6 ust. 1 lit c RODO<sup>1</sup> (przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) a także w celach archiwalnych zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U 2020 poz. 164 ze zm.); Przekazanie numeru telefonu kontaktowego następuje w wyniku dobrowolnej zgody na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO;
- 3) dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji;
- 4) mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody, prawo do wycofania zgody oraz do usunięcia danych;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wydania opinii;
- 6) w przypadku podejrzenia, że dane moje i mojego dziecka przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa, mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 7) kontakt do inspektora danych osobowych Poradni: [iod.bemowo@edukompetencje.pl](mailto:iod.bemowo@edukompetencje.pl).

<sup>1</sup>Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.)

Warszawa, dnia .....

.....  
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego