

WYPEŁNIA PORADNIA

Data wpływu

Numer wniosku w rejestrze

Imię i nazwisko wnioskodawcy 1	Imię i nazwisko wnioskodawcy 2
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania
Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.....	Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.....
Telefon kontaktowy	Telefon kontaktowy
Adres poczty elektronicznej	Adres poczty elektronicznej

WNIOSEK**do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 4 we Wrocławiu**

na podstawie rozporządzenia MEN z dnia 02.marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026, poz. 428)

o wydanie (właściwe podkreślić)

- orzeczenia o potrzebie **kształcenia specjalnego**
- orzeczenia o potrzebie **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**
- orzeczenia o potrzebie **indywidualnego nauczania / indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego**
- opinii o potrzebie **wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka**

Dane dziecka / ucznia

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	

Szkoła/przedszkole/placówka

Nazwa
Adres
Klasa/grupa
Nazwa zawodu w przypadku kształcenia zawodowego

Dane rodziców / opiekunów

Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Adres zamieszkania	Adres zamieszkania

W przypadku wnioskodawców będących rodzicami niepełnoletniego dziecka lub ucznia, proszę o **wskazanie, któremu z wnioskodawców przekazuje się orzeczenie lub opinię**, przy czym drugi z wnioskodawców zachowuje prawo do otrzymania kopii orzeczenia lub opinii.

Imię i nazwisko

Określenie przyczyny i celu, dla których jest niezbędne uzyskanie orzeczenia lub opinii:

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

Informacja o poprzednio wydanych dla dziecka/ucznia orzeczeniach lub opiniach (jeżeli takie zostały wydane) wraz ze wskazaniem nazwy poradni, w której działał zespół, który wydał orzeczenie lub opinię a w przypadku opinii wydanych przez zespół opiniujący działający w niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej – nazwę niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej:

.....
.....

Informacja o stosowanych metodach komunikowania się - jeżeli dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC) lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:

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

Informacje o specyficznych potrzebach lub zachowaniu dziecka / ucznia:

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

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Podpis wnioskodawcy 1	Podpis wnioskodawcy 2
-----------------------	-----------------------

Oświadczenia

- **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na udział w posiedzeniach Zespołu Orzekającego, z głosem doradczym **osób**, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia (nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, prowadzący zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce; pomocy nauczyciela; osoby władającą językiem kraju pochodzenia dziecka lub ucznia; asystenta międzykulturowego; asystenta edukacji romskiej) – wyznaczonych przez ich dyrektora.

.....
(data i podpis wnioskodawcy/wnioskodawców)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* o udział w posiedzeniach Zespołu Orzekającego z głosem doradczym innych osób, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia, tj. tłumacza języka migowego, polskiego języka migowego, systemu językowo-migowego, sposobów komunikowania się osób głuchoniemych lub osoby, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20).

.....
(data i podpis wnioskodawcy/wnioskodawców)

- 1) **Wnioskuje / nie wnioskuje*** lub **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** o udział w posiedzeniach Zespołu Orzekającego z głosem doradczym innych osób, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3, których wiedza o dziecku lub uczniu jest znacząca dla oceny funkcjonowania dziecka lub ucznia, w tym osoby wykonujące zawód medyczny realizujące świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jeżeli wnioskuje, podaję imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy tej osoby:

.....
(data i podpis wnioskodawcy/wnioskodawców)

- 2) Oświadczam, że jestem*:
- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucznikiem;
 - prawnym opiekunem dziecka/ucznia sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznikiem;
 - inną osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznikiem.
 - pełnoletnim uczniem

*** właściwe podkreślić**

.....
(data i podpis wnioskodawcy/wnioskodawców)

- 3) Oświadczam że :

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*	wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*
Data i podpis wnioskodawcy 1	Data i podpis wnioskodawcy 2

na przesłanie wydanego orzeczenia lub opinii do przedszkola, szkoły lub ośrodka, do których dziecko lub uczeń uczęszcza lub do których zostało przyjęte przed złożeniem wniosku.

W przypadku niewyrażenia zgody wniosek pozostawia się bez rozpoznania.

Dane adresowe przedszkola, szkoły, placówki do którego należy przesać orzeczenie lub opinię:

Nazwa
Adres

- 4) Oświadczam, że:

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na doręczenia pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej – proszę wpisać adres e-Puap / e-Doręczenia	wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na doręczenia pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej - proszę wpisać adres e-Puap / e-Doręczenia
Data i Podpis	Data i Podpis

*** właściwe podkreślić**

W związku z brakiem możliwości złożenia podpisu lub oświadczeń przez drugiego rodzica na Wniosku o wydanie orzeczenia lub opinii **świadomy/-a * odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**, oświadczam, że powodem braku podpisu jest:

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

Na potwierdzenie braku podpisu drugiego rodzica załączam / nie załączam*:

1. akt zgonu drugiego rodzica,
2. aktualne orzeczenie dotyczące ograniczenia, zawieszenia lub pozbawienia władzy rodzicielskiej,
3. inny dokument potwierdzający brak możliwości złożenia podpisu lub oświadczeń przez drugiego rodzica.

* właściwe podkreślić

Podpis Rodzica.....

Administratorem jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 4 we Wrocławiu, ul. Jemiółowa 59, 53-426 Wrocław. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: inspektor@coreconsulting.pl lub CORE Consulting sp. z o.o., ul. Wyłom 16, 61-671 Poznań. Dane przetwarzamy w celu procedowania złożonego przez Ciebie pisma. Informujemy, że masz prawo do dostępu do Twoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia danych do innego administratora, a także do złożenia skargi na przetwarzanie danych. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne są w sekretariacie oraz na <http://www.ppp4.wroc.pl> w zakładce dotyczącej ochrony danych osobowych (RODO) – Klauzula informacyjna – złożenie pisma w placówce.

Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka

.....
imię , nazwisko – podpis wnioskodawcy /-ców

Miejsce na adnotacje – wypełnia poradnia

Osoba przyjmująca wniosek: