



**Wniosek o wydanie orzeczenia/opinii o potrzebie:**

- Kształcenia specjalnego\*  Nauczania indywidualnego\*  
 Zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\*  Wczesnego wspomaganie rozwoju\*  
 Indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania  
przedszkolnego\*

\*(właściwe podkreślić)

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia.....
2. Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia.....
3. Pesel dziecka/ucznia (w przypadku braku nr PESEL-seria i nr dokumentu potwierdzającego jego tożsamość): .....
4. Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....
5. Nazwa i adres przedszkola/szkoły oraz oddział .....
6. Nazwa zawodu (dla uczniów szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie).....
7. Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów:  
Matka/opiekun prawny..... tel .....
- Ojciec/opiekun prawny..... tel .....
8. Adres poczty elektronicznej osoby wskazanej do reprezentowania interesów dziecka/ucznia.....
9. Adres zamieszkania matki/opiekuna prawnego .....
10. Adres zamieszkania ojca/opiekuna prawnego .....
11. Adres do korespondencji matki/opiekuna prawnego .....
12. Adres do korespondencji ojca/opiekuna prawnego .....
13. Uzasadnienie wniosku (przyczyna i cel, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia /opinii)  
.....  
.....
14. Informacja o poprzednio wydanych dla dziecka/ucznia orzeczeniach lub opiniach - TAK, NIE  
Jeśli TAK, podać nazwę placówki i rok wydania orzeczenia/opinii.....  
.....
15. Informacja o stosowanych metodach komunikacji alternatywnej lub używanym innym języku niż komunikatywny język polski .....
16. Załączona dokumentacja spoza Poradni uzasadniająca wniosek:  
.....  
.....

## Zespół Orzekający informuje, że:

Wnioskodawcy mają prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania (art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

W celu uzyskania charakterystyki funkcjonowania dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce przewodniczący zespołu zwraca się do właściwego dyrektora o przekazanie opinii o funkcjonowaniu dziecka lub ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, w tym o trudnościach oraz mocnych stronach i uzdolnieniach dziecka lub ucznia rozpoznanych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych lub specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem, informując o tym wnioskodawcę pisemnie lub w innej formie uzgodnionej z wnioskodawcą, (Dz.U. 2026 poz.428).

### 1. Władza rodzicielska/opieka

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucznikiem, prawnym opiekunem lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznikiem.

### 2. Udział w zespole orzekającym

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na uczestnictwo w zespole orzekającym z głosem doradczym nauczyciela, wychowawcy grupy wychowawczej i specjalistów, prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem w przedszkolu, ośrodku lub placówce, asystenta nauczyciela, osoby niebędącej nauczycielem, asystenta wychowawcy świetlicy, pomocy nauczyciela, asystenta edukacji romskiej.

### 3. Udział innych specjalistów

Wnioskuje / wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na uczestnictwo w zespole orzekającym z głosem doradczym innych osób, w szczególności psychologa, pedagoga, lekarza lub specjalisty spoza Poradni.

### 4. Doręczenie pism drogą elektroniczną

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

### 5. Obserwacja dziecka w placówce

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie obserwacji dziecka/ucznika na terenie placówki, do której uczęszcza, w celu pogłębienia diagnozy/na konsultację z nauczycielem, specjalistą w przedmiotowej sprawie.

### 6. Przekazanie opinii/orzeczenia do placówki

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na przekazanie wydanej opinii/orzeczenia do przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko/uczeń, w celu zapewnienia właściwej organizacji kształcenia, wychowania i opieki.

### 7. Kontakt z innymi specjalistami

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na kontakt Poradni z innymi specjalistami prowadzącymi terapię dziecka (np. lekarzem, psychologiem, terapeutą) w celu uzupełnienia diagnozy.

### 8. Przetwarzanie danych szczególnych kategorii

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie danych szczególnych kategorii (dotyczących zdrowia, rozwoju psychofizycznego, funkcjonowania dziecka) w zakresie niezbędnym do wydania opinii/orzeczenia.

### 9. Zgoda na wykorzystanie orzeczenia/opinii

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż:

- wydane orzeczenie/opinia może być wykorzystane wyłącznie w celach edukacyjnych i wychowawczych dziecka,
- mam prawo do odbioru dokumentu osobiście lub przez osobę upoważnioną,
- mogę wnioskować o wydanie kopii dokumentacji.

### 10. Prawo do uczestniczenia w postępowaniu

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości:

- udziału w posiedzeniu zespołu orzekającego,
- zapoznania się z dokumentacją sprawy przed wydaniem orzeczenia/opinii,
- wniesienia odwołania od orzeczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### 11. Zgoda na archiwizowanie dokumentacji

Wyrażam / nie wyrażam zgody\* na archiwizowanie dokumentacji sprawy przez Poradnię zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

### 12. Podpis jednego rodzica/opiekuna

Oświadczam, że działam za wiedzą i zgodą drugiego rodzica/opiekuna prawnego posiadającego władzę rodzicielską (w przypadku podpisu jednego rodzica/opiekuna).

(\*właściwe podkreślić)

**Wyrażam zgodę na realizację działań diagnostycznych wymagających kontaktu fizycznego, wykorzystujących ruch i dotyk jako metodę diagnostyczną.**

**BADANIA PRZEPROWADZONE W PORADNI SĄ BEZPŁATNE**

.....  
(data)

.....  
(czytelne podpisy wnioskodawców)

**Obie strony ustalają, iż wskazaną osobą do reprezentowania interesów dziecka w przedmiotowej sprawie jest:**

.....  
(imię i nazwisko wskazanego rodzica/prawnego opiekuna lub osoby (podmiotu) sprawującego pieczę zastępczą nad dzieckiem/uczniem)

.....  
(data)

.....  
(czytelne podpisy wnioskodawców)

**Rodzic/prawny opiekun proszony jest o okazanie dowodu osobistego przy odbiorze orzeczenia/opinii.**

Wywiad (kto, kiedy) .....

Badanie psychologiczne (kto, kiedy) .....

Badanie pedagogiczne (kto, kiedy) .....

Badanie logopedyczne (kto, kiedy) .....

*Wnioskodawca został poinformowany o terminie badań telefonicznie/listownie/osobiście.  
(\*właściwe podkreślić).*

*Data i podpis osoby informującej .....*



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku

09-402 Płock, ul. J. Z. Jakubowskiego 10, tel. 24-364 99 01, kom. 785 504 868, 885 524 437

e-mail: [ppp2@zjoplock.pl](mailto:ppp2@zjoplock.pl) [www.poradniaplock2.pl](http://www.poradniaplock2.pl)

## OPINIA NAUCZYCIELA WYCHOWAWCY GRUPY WYCHOWAWCZEJ LUB SPECJALISTY, PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA Z DZIECKIEM

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku

Imię i nazwisko dziecka:

.....

oznaczenie poziomu edukacyjnego i nazwa oddziału: .....

.....

### Informacja o rozpoznanych indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych

### Informacja o możliwościach psychofizycznych ucznia

**Informacja o mocnych stronach i uzdolnieniach dziecka/ucznia**

**Informacja o funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce w tym występujących trudnościach**

**Bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie dziecka**

**Informacja o dotychczas podjętych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów działaniach w celu poprawy funkcjonowania ucznia w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce**

**Informacja o okresie i efektywności udzielanej dotychczas pomocy dziecku/uczniowi/rodzinie**

**Wnioski dotyczące dalszej pracy z dzieckiem/uczniem mające na celu poprawę jego funkcjonowania**

**Informacja o możliwościach wzmocnienia aktywności i uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły, ośrodka lub placówki**

**W przypadku dzieci lub uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem społecznym objętych kształceniem specjalnym –  
wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania dziecka lub ucznia**

W przypadku dzieci lub uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim objętych zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi – **okresowa ocena funkcjonowania dziecka**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(podpis osoby opiniującej)

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora placówki)

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIEGO STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA**  
**dla potrzeb zespołu orzekającego**  
**na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

**Podstawa prawna:** § 6 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026, poz. 428).

*Wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie.*

Imię i nazwisko ucznia.....

ur. .... W.....

Miejsce zamieszkania.....

**1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania**

**TAK**

**NIE**

*(właściwe podkreślić)*

**2. Okres od dnia.....do dnia.....nie krótszy niż 30 dni, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły:**

**3. Uzasadnienie:**

**a) stan zdrowia ucznia:**

- **uniemożliwia**
- **znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły**

**b) rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikającymi z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczeniami w funkcjonowaniu ucznia powodującymi, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły:**

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

*Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2468) tygodniowy wymiar zajęć indywidualnego nauczania wynosi:*

- dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej: 6-8 godzin (w ciągu co najmniej 2 dni),*
- dla uczniów klas IV-VI szkoły podstawowej: 8-10 godzin (w ciągu co najmniej 3 dni),*
- dla uczniów klas VII-VIII: 10-12 godzin (w ciągu co najmniej 3 dni)*
- dla uczniów szkół ponadpodstawowych: 12-16 godzin (w ciągu co najmniej 3 dni).*

.....  
/pieczęć placówki medycznej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**lekarza medycyny pracy**  
**dla potrzeb zespołu orzekającego**

*Wypełnia się dla uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie, ubiegających się  
o nauczanie indywidualne*

**Podstawa prawna:** § 6 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026, poz. 428).

Imię i nazwisko ucznia .....

ur. .... W.....

Adres zamieszkania .....

Szkoła .....

Nazwa zawodu .....

**1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:**

**TAK**

**NIE**

*/właściwe podkreślić/*

**2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wymienić):**

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

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/

## OŚWIADCZENIE

Ja .....

oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za doprowadzenie mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

na zajęcia w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Płocku oraz drogę powrotną z zajęć do domu.

W sytuacjach szczególnych np.: (zasłabnięcie rodzica, wypadek itp.) proszę o powiadomienie:

.....  
(imię i nazwisko – numer telefonu)

Potwierdzam, że ww. osoba podała swoje dane dobrowolnie i została zapoznana z treścią klauzuli informacyjnej.

Nie dotyczy uczniów pełnoletnich.

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Administratorem danych osobowych

..... tel. ....  
jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku. Pani/Pana dane osobowe zostały przekazane Administratorowi danych przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Dane osobowe są przetwarzane, zgodnie z rozporządzeniem 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. U. UE. L.2016.119.1) – dalej jako RODO, w celu ewentualnego powiadomienia wskazanej osoby w sytuacjach szczególnych. Pozyskane w myśl art. 14 RODO dane ww. osoby nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim.

## **Klauzula informacyjna**

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 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 (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) – dalej jako RODO, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest: **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Płocku, 09-402 Płock, ul. Jakubowskiego 10, e-mail: ppp2@zjoplock.pl , tel. 24 364 99 01, reprezentowana przez dyrektora.**
2. Inspektor Ochrony Danych – kontakt we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych: **e-mail: iod@zjoplock.pl, tel. 24 367 89 34.**
3. Cel przetwarzania danych osobowych: wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka zgodnie z treścią składanego wniosku. Dane przetwarzane są także w celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecka/ucznia i weryfikacji tożsamości osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych dziecka/ucznia oraz jego rodziców/opiekunów prawnych:
  - art. 6 ust. 1 lit. c RODO (wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze)
  - art. 9 ust. 2 lit. g RODO (ważny interes publiczny)
  - w związku z art. 127 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203)
  - oraz § 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026, poz. 428)
5. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych: art. 6 ust. 1 lit. e RODO (wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi) w związku z art. 68 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203).
6. Dane osobowe osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych (imię, nazwisko, telefon kontaktowy) zostały przekazane administratorowi danych przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka/ucznia.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3. Podanie adresu poczty elektronicznej, numeru telefonu oraz danych osoby wskazanej do powiadomienia w sytuacjach szczególnych jest dobrowolne.
8. Odbiorcy danych osobowych: podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa bądź w związku z koniecznością wypełnienia obowiązku prawnego, a także podmioty realizujące cele administratora na podstawie jego polecenia oraz zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych (np. dostawcy usług teleinformatycznych, księgowych, prawnych i doradczych).
9. Okres przechowywania danych: 10 lat od momentu ostatniego wpisu w wykazie klientów korzystających z pomocy poradni.
10. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
12. Przysługujące prawa: prawo dostępu do danych, uzyskania kopii, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych oraz sprzeciwu wobec przetwarzania – przy czym prawo do sprzeciwu przysługuje jedynie w sytuacji, gdy dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
13. Prawo do skargi: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

