

ZAŁĄCZNIK NR B1

**WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA TERAPIĄ
pedagogiczną/ pedagogiczno-psychologiczną***

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
Szkoła/przedszkole:	
Klasa/grupa:	

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Uzasadnienie zgłoszenia dziecka na terapię pedagogiczną:

Informacja o posiadanej dokumentacji diagnostycznej:

- ☐ diagnoza psychologiczna
☐ diagnoza pedagogiczna
☐ opinia
☐ orzeczenie
☐ inna dokumentacja
Jakiej?

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B2

Wniosek o objęcie dziecka terapią logopedyczną

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
Szkoła/przedszkole:	
Klasa/grupa:	

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Uzasadnienie zgłoszenia dziecka:

Czy dziecko korzysta obecnie z terapii logopedycznej?

☐ TAK*

☐ NIE

*Jeżeli TAK, gdzie?

Czy dziecko posiada:

- ☐ opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju
- ☐ orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- ☐ nie posiada ww. dokumentów

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B3

Zgoda na udział dziecka w terapii

Ja, niżej podpisany/-a

.....

wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka:

w terapii prowadzonej przez Poradnię Pedagogiczno-Psychologiczną działającą w strukturze Poradni Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.

Jednocześnie:

1. potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem świadczeń pedagogiczno-psychologicznych, terapii pedagogicznej oraz terapii logopedycznej,
2. zobowiązuję się do współpracy ze specjalistą,
3. wyrażam zgodę na prowadzenie dokumentacji związanej z terapią.

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B4

Zgoda na samodzielne przychodzenie i powrót dziecka

Ja, niżej podpisany/-a

.....

wyrażam zgodę na samodzielne przychodzenie i powrót mojego dziecka

na zajęcia organizowane przez Poradnię.

Oświadczam, że przejmuję pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka poza czasem trwania zajęć oraz jestem świadomy/a konsekwencji związanych z podpisaniem tego oświadczenia.

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B5

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru dziecka**

Upoważniam następujące osoby do przyprowadzania i/lub odbierania mojego dziecka:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Telefon

Oświadczam, że osoby wskazane powyżej przejmują odpowiedzialność za dziecko z chwilą jego odebrania. |

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B6

Rezygnacja z terapii

Ja, niżej podpisany/-a

.....

Rezygnuję z udziału mojego dziecka
w terapii:

- ☐ pedagogicznej
- ☐ logopedycznej
- ☐ pedagogiczno-psychologicznej

z dniem

Przyczyna rezygnacji (opcjonalnie):

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

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B7

Karta kwalifikacji do terapii
(wypełnia specjalista)

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Data kwalifikacji:

.....

Rodzaj terapii:

- ☐ pedagogiczna
- ☐ logopedyczna
- ☐ pedagogiczno-psychologiczna

Decyzja:

- ☐ zakwalifikowano
- ☐ wpisano na listę rezerwową
- ☐ nie zakwalifikowano

Uwagi specjalisty:

Imię i nazwisko specjalisty:

.....

Podpis:

.....

ZAŁĄCZNIK NR B8

**OŚWIADCZENIE
o zapoznaniu się z Regulaminem**

Ja, niżej podpisany/-a,

.....

oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem świadczeń pedagogiczno-psychologicznych, terapii pedagogicznej oraz terapii logopedycznej obowiązującym w Poradni Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o. i akceptuję jego postanowienia.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Organizacyjnym Poradni Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o. i akceptuję jego postanowienia oraz zobowiązuje się ich przestrzegać.

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B9

Zgoda na współpracę ze szkołą/przedszkolem

Wyrażam zgodę na kontakt specjalistów Poradni ze szkołą, przedszkolem lub inną placówką edukacyjną mojego dziecka w zakresie niezbędnym do prowadzenia diagnozy, terapii oraz udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Nazwa placówki szkolnej/edukacyjnej:

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B10

**Klauzula informacyjna
dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Administratorem danych osobowych jest:

Poradnia Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.
ul. Marszałkowska 8 lok. 11, 00-590 Warszawa

NIP: 7011331537
KRS: 0001266070

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO **Poradni Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.** dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

Data i podpis rodzica/opiekuna

.....

ZAŁĄCZNIK NR B11

KONTRAKT
dotyczący współpracy terapeutycznej z rodzicem

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
Szkoła/przedszkole:	
Klasa/grupa:	

Dane rodzica/opiekuna prawnego nr 1:

Imię i nazwisko:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Dane rodzica/opiekuna prawnego nr 2:

Imię i nazwisko:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

§1. Cel kontraktu

1. Niniejszy kontrakt określa zasady współpracy pomiędzy rodzicem lub opiekunem prawnym dziecka a Poradnią w związku z udziałem dziecka w terapii pedagogicznej, logopedycznej, pedagogiczno-psychologicznej lub innych świadczeniach wspierających rozwój dziecka.
2. Celem kontraktu jest zapewnienie regularności, ciągłości oraz skuteczności procesu terapeutycznego, a także określenie obowiązków rodzica niezbędnych dla prawidłowego przebiegu terapii.

§2. Obowiązki rodzica/opiekuna prawnego

1. Rodzic zobowiązuje się do regularnego przyprowadzania dziecka na zajęcia, punktualności oraz niezwłocznego informowania Poradni lub specjalisty o planowanej nieobecności dziecka.
2. Rodzic zobowiązuje się do aktywnej współpracy ze specjalistą, w szczególności do udziału w konsultacjach dla rodziców, przekazywania prawdziwych i pełnych informacji o funkcjonowaniu dziecka oraz dostarczania wymaganej dokumentacji.
3. Rodzic zobowiązuje się do wykonywania zaleceń terapeutycznych możliwych do realizacji w warunkach domowych oraz do informowania specjalisty o trudnościach w ich wykonywaniu.
4. Rodzic zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Poradni o zmianach stanu zdrowia dziecka, zmianach sytuacji rodzinnej, edukacyjnej lub innych okolicznościach mogących mieć wpływ na przebieg terapii.

§3. Brak współpracy i konsekwencje

1. Za brak współpracy uznaje się w szczególności: powtarzające się nieobecności lub spóźnienia dziecka, brak kontaktu z rodzicem, niewykonywanie uzgodnionych zaleceń, nieprzekazywanie wymaganych informacji lub dokumentów, utrudnianie pracy specjalisty albo działania sprzeczne z dobrem dziecka i zasadami terapii.
2. W przypadku stwierdzenia braku współpracy specjalista może wezwać rodzica do konsultacji, przekazać zalecenia naprawcze lub wyznaczyć termin na uzupełnienie braków w dokumentacji albo poprawę współpracy.

3. Utrzymujący się brak współpracy rodzica, pomimo poinformowania o konsekwencjach, może stanowić podstawę do zawieszenia terapii, utraty stałego terminu zajęć albo skreślenia dziecka z listy uczestników terapii.
4. Decyzja o zakończeniu terapii z powodu braku współpracy podejmowana jest indywidualnie, z uwzględnieniem dobra dziecka, przebiegu dotychczasowej współpracy, możliwości organizacyjnych Poradni oraz zasad określonych w Regulaminie.

§4. Ochrona małoletniego i obowiązek podjęcia interwencji

1. W przypadku uzyskania informacji, ujawnienia okoliczności albo powzięcia uzasadnionego podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone, zaniedbywane, narażone na przemoc lub inne zachowanie zagrażające jego dobru, zdrowiu albo życiu, Poradnia podejmuje niezwłocznie działania ochronne i interwencyjne zgodnie z obowiązującymi Standardami Ochrony Małoletnich.
2. Podstawę działania stanowią w szczególności art. 22b i art. 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1606), zwaną potocznie „ustawą Kamilka”.
3. Jeżeli ujawnione okoliczności wskazują na podejrzenie popełnienia na szkodę dziecka przestępstwa ściganego z urzędu, Poradnia lub osoba zobowiązana zawiadamia niezwłocznie Policję albo prokuratora, stosownie do art. 304 § 1 lub § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego. W przypadkach wskazanych w art. 240 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny zawiadomienie właściwego organu ścigania stanowi prawny obowiązek osoby posiadającej wiarygodną wiadomość o takim czynie.
4. Jeżeli zachodzi podejrzenie przemocy domowej, Poradnia podejmuje działania przewidziane w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz, w zakresie wynikającym z uprawnień osób udzielających świadczeń zdrowotnych, w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2023 r. poz. 1870).
5. W zależności od charakteru zagrożenia Poradnia może również zawiadomić właściwy sąd rodzinny lub ośrodek pomocy społecznej. W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka Poradnia niezwłocznie wzywa służby ratunkowe pod numerem 112.
6. Rodzic lub opiekun prawny przyjmuje do wiadomości, że obowiązek ochrony dziecka oraz zawiadomienia właściwych organów w przypadkach przewidzianych prawem może wymagać przekazania niezbędnych informacji bez jego uprzedniej zgody oraz niezależnie od zasad poufności procesu terapeutycznego, w zakresie dopuszczonym przez przepisy prawa.

§5. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami współpracy terapeutycznej, rozumiem znaczenie regularnej współpracy z Poradnią oraz przyjmuję do wiadomości, że trwały brak współpracy może skutkować zawieszeniem albo zakończeniem terapii dziecka.

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego: