**……………………………………………………………………………… ………………………………………………………**

**(Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów) (Miejscowość, data )**

**pełnoletniego ucznia**

**……………………………………………………………….…………….**

**(adres zamieszkania/adres do korespondencji)**

**……………………………………………………………………………..**

**(numer telefonu)**

**……………………………………………………………………………..**

**(adres poczty elektronicznej)**

**ZGODA NA BADANIE**

 Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na **badanie przeprowadzone przez:**

**……………………………………………………………………………………………………………... w kierunku diagnozy:**

* **Pedagogicznej**
* **Psychologicznej**
* **Związanej z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej**
* **Logopedycznej**
* **Integracji sensorycznej**
* **Funkcji wzrokowych**
* **Funkcji słuchowych – metodą „Platformy badań zmysłów”**
* **Metodą biofeedback**
* **Metodą „Warnkego”**
* **Metodą Neuroflow**

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia……………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia…………………………………………… miejsce urodzenia………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przedszkole/Szkoła nr……………………………………………………………………….. grupa/ klasa…………………………………………

Adres szkoły………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ja niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych/wrażliwych moich i mojego dziecka dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Warszawie z siedzibą przy ul. Narbutta 65/71 w celu badania. Oświadczam że, zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania tych danych, o prawie wglądu w nie oraz do ich poprawiania, usunięcia i okresie przetwarzania Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na podstawie Ustawy o Ochronie danych Osobowych z dnia 10 Maja 2018r. oraz 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 RODO. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną znajdującą się na stronie internetowej poradni /w głównym korytarzu.

 ………………………………………………………. ………………..…………………………………………………………………
(Podpis ucznia od 13 do 18 roku życia) (Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

Oświadczam, że zgodę wyrażam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/opiekunów prawnych – jeżeli nie, proszę podać powody:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………..…………………………………………………………………

 (Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)

**Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 dostępnymi na stronie** [**www.ppp7.pl**](http://www.ppp7.pl) **, akceptuje ich treść i zobowiązuje się do ich przestrzegania.**

………………..…………………………………………………………………

 (Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)