



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna we Wrześni

Września, dn.....

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA/OPINII DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ WE WRZEŚNI

Podstawa prawna: § Art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. 2025 poz. 1043 ze zm. oraz § 6 Rozporządzenia ME 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.)

DANE DZIECKA/UCZNIĄ: (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)														
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNIĄ:														
DATA I MIEJSCE URODZENIA:	Data: _____	Miejsce: _____												
PESEL DZIECKA/UCZNIĄ:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
ADRES ZAMIESZKANIA:	KOD POCZTOWY: _____ - _____ MIEJSCOWOŚĆ: _____ ULICA: _____													
NAZWA I ADRES PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/ OŚRODKA:														
ODDZIAŁ W SZKOLE/ NAZWA ZAWODU	KLASA:	ZAWÓD:												
DANE KONTAKTOWE: (w przypadku ucznia pełnoletniego)	NUMER TELEFONU	ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ												

DANE WNIOSKODAWCÓW (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)	
Imię i nazwisko wnioskodawcy 1:	Imię i nazwisko wnioskodawcy 2:
ADRES ZAMIESZKANIA:	
KOD POCZTOWY: _____ - _____ MIEJSCOWOŚĆ: _____ ULICA: _____	KOD POCZTOWY: _____ - _____ MIEJSCOWOŚĆ: _____ ULICA: _____
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	
DANE KONTAKTOWE	
NUMER TELEFONU:	NUMER TELEFONU:
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:	ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

OŚWIADCZENIA I ZGODY (właściwe należy zaznaczyć)	
Oświadczam, że jestem:	
<input type="checkbox"/> RODZICEM	<input type="checkbox"/> OSOBA (PODMIOTEM) SPRAWUJĄCYM PIECZĘ ZASTĘPCZĄ
<input type="checkbox"/> OPIEKUNEM PRAWNYM	<input type="checkbox"/> UCZNIEM PEŁNOLETNIM
Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do złożenia wniosku zgodnie ze wskazanym statusem (§6 ust. 2 pkt 3Rozporządzenia)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wyrażam zgodę na doręczenie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wyrażam/y zgodę na ustalanie terminów oraz przekazywanie informacji o przebiegu postępowania drogą telefoniczną, SMS lub e-mail zgodnie ze wskazanymi wyżej danymi kontaktowymi (zgodnie z art. 14 § 2 KPA).	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wydany dokument (orzeczenie lub opinia) ma zostać przekazany wnioskodawcy:	
.....	
(drugi wnioskodawca zachowuje prawo do otrzymania kopii na osobny wniosek).	
PODPISY WNIOSKODAWCÓW	
Data / Wnioskodawca 1	Data / Wnioskodawca 2

DANE RODZICÓW (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)	
Imię i nazwisko MATKI:	Imię i nazwisko OJCA:
ADRES ZAMIESZKANIA:	
KOD POCZTOWY: _____ - _____	KOD POCZTOWY: _____ - _____
MIEJSCOWOŚĆ: _____	MIEJSCOWOŚĆ: _____
ULICA: _____	ULICA: _____
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	
DANE KONTAKTOWE	
NUMER TELEFONU:	NUMER TELEFONU:
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:	ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

Informacje o poprzednio wydanych dla dziecka / ucznia orzeczeniach i opiniach o wczesnym wspomaganie rozwoju:

- Nie były wcześniej wydane.
- Były wydane w tutejszej Poradni.
- Były wydane w innej Poradni.....

OKREŚLENIE PRZYCZYNY, DLA KTÓREJ NIEZBĘDNE JEST WYDANIE ORZECZENIA/OPINII- właściwe podkreślić:

- niepełnosprawność dziecka lub ucznia:

a) niesłyszące b) słabosłyszące c) niewidzące d) słabowidzące e) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu: - lekkim - umiarkowanym/ znacznym - głębokim	f) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera g) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją h) niepełnosprawność sprzężona <i>wskazać współwystępujące niepełnosprawności z wymienionych w podpunktach a-g:</i>
--	---

- niedostosowanie społeczne;

- zagrożenie niedostosowaniem społecznym;

- stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający realizację rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub uczęszczanie do szkoły;

- inne:.....

OKREŚLENIE CELU WYDANIA ORZECZENIA/OPINII- objęcie dziecka/ucznia (właściwe podkreślić):

a) kształceniem specjalnym na etap:

- wychowania przedszkolnego,
- I etap edukacyjny,
- II etap edukacyjny,
- III etap edukacyjny,
- rok szkolny.....

b) zajęciami rewalidacyjno- wychowawczymi: zespołowymi / indywidualnymi;

c) indywidualnym nauczaniem;

d) indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym;

e) wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka;

f) inne:.....

INFORMACJA O STOSOWANYCH METODACH KOMUNIKOWANIA SIĘ (właściwe podkreślić):

a) posługuje się mową

b) posługuje się wspomagającymi lub alternatywnymi metodami komunikacji (AAC)

c) nie posługuje się mową ani wspomagającymi lub alternatywnymi metodami komunikacji (AAC)

d) nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym.

INFORMACJA O SPECYFICZNYCH POTRZEBACH LUB ZACHOWANIU DZIECKA

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIA	WNIOSKODAWCA
Wyrażam zgodę na udział w posiedzeniu osób wyznaczonych przez dyrektora przedszkola, szkoły, placówki lub ośrodka, do którego uczęszcza dziecko lub uczeń (spośród prowadzących zajęcia z dzieckiem lub uczniem)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam zgodę na udział w posiedzeniu tłumacza języka migowego lub polskiego języka migowego lub innej osoby wspierającej komunikację.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam zgodę na udział w posiedzeniu innych osób, których wiedza o dziecku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

