



**IV. Określenie przyczyny i celu, dla której niezbędne jest wydanie orzeczenia/opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju:**

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

**V. Proszę podać informację o poprzednio wydanych orzeczeniach/opiniach, jeżeli takie zostały wydane wraz ze wskazaniem nazwy poradni, która wydała orzeczenie/opinię:**

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

**VI. Informacja o stosowanych metodach komunikowania się – w przypadku, gdy dziecko lub uczeń wymaga wspomagających lub alternatywnych metod komunikacji (AAC) lub nie posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym:**

.....  
.....

**VII. Informacje o specyficznych potrzebach lub zachowaniu dziecka:**

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

**VIII. Do wniosku dołączam:**

1. Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia dziecka.
2. Inne dokumenty uzasadniające wniosek:

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

.....  
*(miejsowość i data)*

.....  
*(czytelne podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych/pełnoletniego ucznia)*

**IX. Wskazanie, któremu z Wnioskodawców przekazuje się orzeczenie lub opinię (dotyczy niepełnoletniego ucznia), przy czym drugi z Wnioskodawców zachowuje prawo do otrzymania kopii orzeczenia/ opinii**

.....  
*(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna przyjmującego orzeczenie/ opinię)*

## X. *Oświadczenia Wnioskodawców*

1. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\***, na udział w zespole z głosem doradczym osób, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt. 1 i 2 (*nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści, prowadzący zajęcia z dzieckiem/ucznem w przedszkolu, szkole, ośrodku/placówce, pomoc nauczyciela, osoba władająca językiem kraju pochodzenia dziecka lub ucznia, asystent międzykulturowy, asystent edukacji romskiej*).
2. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\***, na udział w zespole z głosem doradczym osób, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3 (*inne osoby, 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 na podst. art. 31 d z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2025r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026r. poz. 26 i 203*).
3. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\***, na udział w zespole 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 13 sierpnia 2011r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się – Dz. U. z 2023r., poz. 20.
4. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\*** na przesłanie wydanego orzeczenia/ opinii do przedszkola, szkoły lub ośrodka, do których dziecko uczęszcza lub do których zostało przyjęte przed złożeniem wniosku (**w przypadku niewyrażenia zgody wnioski pozostawia się bez rozpoznania**).
5. **Oświadczam**, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucznem, prawnym opiekunem dziecka/ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznem \*\*: **czytelny podpis**:
  - 1) .....
  - 2) .....
6. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\*** na doręczanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej \*\*: **czytelny podpis**:
  - 1) .....
  - 2) .....
7. **Oświadczam**, że zostałem/-am poinformowany/-a o prawie do uczestniczenia w posiedzeniu Zespołu Orzekającego w części dotyczącej mojego dziecka i przedstawienia na nim swojego stanowiska, a informację o terminie posiedzenia ZO proszę przekazać: **drogą telefoniczną / mailową/ listowną\*\***
8. Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych z siedzibą w Kielcach przy ulicy Urzędniczej 16.

.....  
(*czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych/ pełnoletniego ucznia*)

### **Oświadczam, iż:\*\*\***

1. Jestem jedynym prawnym opiekunem mojego dziecka

**TAK / NIE\*\***

W przypadku odpowiedzi: **TAK**, rodzic jest zobowiązany do dołączenia odpowiednio: aktu zgonu drugiego rodzica, aktualnego orzeczenia dotyczącego ograniczenia, zawieszenia lub pozbawienia władzy rodzicielskiej.

**Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.**

*Podstawa prawna: ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poz. 428.*

.....  
(*miejscość i data*)

.....  
(*podpis rodzica/opiekuna prawnego*)

**\*\*niepotrzebne skreślić;**

**\*\*\*należy wypełnić w przypadku, gdy dziecko jest zgłaszane do MZ PPP przez jednego z rodziców/opiekunów prawnych**