**KWESTONARIUSZ REJESTRACJI NA SPOTKANIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NA KTÓRE SPOTKANIE CHCĄ SIĘ PAŃSTWO UMÓWIĆ?** | **꙱ BADANIE PRZESIEWOWE POD KĄTEM ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU****꙱ PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY****꙱ KONSULTACJA ZE SPECJALISTĄ** |
|  | **IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA**  |  |
|  | **ADRES EMAIL** |  |
|  | **NUMER KONTAKTOWY**  |  |
|  | **IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA** |  |
|  | **PESEL DZIECKA** |  |
|  | **WIEK DZIECKA** |  |
|  | **DATA I MIEJSCE URODZENIA DZIECKA** |  |
|  | **JAKI JEST POWÓD WIZYTY W PORADNI?** |  |
|  | **CO PAŃSTWA ZANIEPOKOIŁO?** |  |
|  | **PRZEPROWADZONE TESTY/ BADANIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNE**  | **꙱ NIE****꙱ TAK** | **JEŚLI TAK TO JAKIE? (ZAZNACZ WŁAŚCIWE)****꙱ ADOS-2 ꙱ STANFORD-BINET ꙱ PEP – R ꙱ WECHSLER** **꙱ IDS ꙱ INNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **CZY DZIECKO OTRZYMAŁO DIAGNOZĘ W INNEJ PLACÓWCE?**  | **꙱ NIE****꙱ TAK** | **JEŚLI TAK TO JAKĄ?****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **CZY DZIECKO POSIADA OPINIĘ O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU (WWR)?** | **꙱ NIE****꙱ TAK** | **JEŚLI TAK, DO JAKICH SPECJALISTÓW ZOSTAŁO SKIEROWANE?****꙱ LOGOPEDA ꙱ PSYCHOLOG ꙱ PEDAGOG****꙱ INNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **OBECNE MIEJSCE NAUKI/ TERAPII (PRZEDSZKOLA, SZKOŁA, ŻŁOBEK)** |  |
|  | **KONSULTACJE/ TERAPIA U SPECJALISTÓW** | **꙱ NIE****꙱ TAK** | **꙱ PEDAGOG ꙱ PSYCHOLOG ꙱ LOGOPEDA ꙱ NEUROLOGOPEDA** **꙱ WWR****꙱ INNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **CZY PAŃSTWA DZIECKO MÓWI?** | **SŁOWA** |
| **꙱ NIE****꙱ TAK** | **WYPISZ PRZYKŁADY** |
| **PROSTE WYRAŻENIA np.: „mama chodź”, „daj pić”, itp.** |
| **꙱ NIE****꙱ TAK** | **WYPISZ PRZYKŁADY** |
| **ZDANIA** |
| **꙱ NIE****꙱ TAK** | **WYPISZ PRZYKŁADY** |

*Administratorem danych osobowych jest Instytut Wspomagania Rozwoju Dziecka z siedzibą przy ul. Malczewskiego 139, 80-114 Gdańsk. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez adres email: biuro@iwrd.pl, telefonicznie pod numerem 58 341 44 41 lub pisemnie pod adresem: Instytut Wspomagania Rozwoju Dziecka, ul. Malczewskiego 139, 80-114 Gdańsk. U Administratora danych osobowych został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez email: iod@iwrd.pl lub pisemnie na adres: Instytut Wspomagania Rozwoju Dziecka, ul. Malczewskiego 139, 80-114 Gdańsk, z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”. Z Inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Dane będą przetwarzane w celu zgłoszenia dziecka na zajęcia i zawarcia i realizacji niniejszej umowy. Dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora. Podmiot przetwarza dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zależny od celu przetwarzania. Administrator zapewnia prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu zawarcia i wykonywania umowy przysługuje prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Można przesłać te dane innemu administratorowi danych. Przysługuje również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub z Inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu będą przetwarzane w celu zgłoszenia zawarcia i realizacji niniejszej umowy.*

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb działalności IWRD.

 Wyrażam zgodę, aby spotkanie odbyło się poprzez komunikator Messenger/Skype.

 Wyrażam zgodę, na przesyłanie dokumentów po spotkaniu drogą mailową.

*………………………………………………………………………..*

*Data i podpis osoby zgłaszającej dziecko na konsultację*