PESEL DZIECKA

……
Telefon kontaktowy rodziców/opiekunów prawnych

Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
32-020 Wieliczka, ul. Niepołomska 26 c
tel. 12 250 07 73, e-mail: sekretariat@poradnia-wieliczka.pl

WNIOSEK
O OBJĘCIE MOJEGO DZIECKA WCZESNYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU

……....., urodz. ……..……., w ……
(imię i nazwisko dziecka) *(data urodzenia)* *(miejsce urodzenia)*

zamieszkałego w ……...…….
(adres z kodem pocztowym)

syna/córki* ….....
(imię i nazwisko matki/prawnej opiekunki - miejsce zamieszkania)

….....
(imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna - miejsce zamieszkania)

uczęszczającego/ej do .....
(nazwa i adres przedszkola / szkoły)

Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nr..... z dnia …….....

Zobowiązujemy się do uczestnictwa w zajęciach oraz do współpracy ze specjalistą-terapeutą. Przyjmujemy do wiadomości, że w przypadku dwukrotnego niestawienia się na zajęcia, w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia o tym Poradni, zajęcia zostaną zawieszone do czasu wyjaśnienia przyczyn absencji.

O Ś W I A D C Z E N I E

OŚWIADCZAM, IŻ NIE KORZYSTAMY Z TERAPII WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU NASZEGO DZIECKA …..... W ŻADNEJ INNEJ PLACÓWCE.
(imię i nazwisko dziecka)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych *przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Wieliczce, ul. Niepołomska 26c, w zakresie realizacji celów statutowych, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (**Dz. U. 2018.1000**).*

Uwagi poradni:

PODPISY RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW/

….....

….....

….....
miejscowość, data