PESEL DZIECKA

Wpłynęło.....
L.dz.421.....
Odpowiedzialni…..
…..
…..
Termin realizacji …..

.....
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 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 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:

1. ***Przetwarzanie danych osobowych;***
2. ***Wykorzystanie wizerunku naszego dziecka****

przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Wieliczce, ul. Niepołomska 26c, w zakresie realizacji celów statutowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (***Dz. U. z 2002r.Nr 101, poz. 926 z późn. zm.***).

Uwagi poradni:

PODPISY RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW/

…..

…..

…..
miejscowość, data

** niepotrzebne skreślić*