Załącznik nr 1 do Regulaminu Terapii Logopedycznej

Rok szkolny ……sem……..	**Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna** 30-020 Wieliczka, ul. Niepołomska 26 c tel. 12 250 07 73, sekretariat@poradnia-wieliczka.pl

WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA TERAPIĄ LOGOPEDYCZNĄ

DANE OSOBOWE DZIECKA/ PEŁNOLETNIEGO UCZNIA:

PESEL DZIECKA / PEŁNOLETNIEGO UCZNIA

……....., **ur.** …..... **w** ….....
imię i nazwisko dziecka/ pełnoletniego ucznia *data urodzenia* *miejsce urodzenia*

zamieszkałego w .....
miejsce zamieszkania dziecka/ pełnoletniego ucznia wraz ***z kodem pocztowym***

.....
imię i nazwisko matki/prawnej opiekunki - miejsce zamieszkania

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

Telefon kontaktowy rodziców/opiekunów prawnych .....

Adres e-mail do kontaktu z Poradnią…….

NR Opinii ze wskazaniem do Terapii Logopedycznej ……..….

wydana przez…….…

Oświadczam, że moje dziecko nie jest objęte w innej Placówce indywidualna terapią logopedyczną.

Zobowiązuję się do zapewnienia obecności ZDROWEGO dziecka na zajęciach oraz do współpracy ze specjalistą-terapeutą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku dwukrotnego niestawienia się na zajęciach, w uzgodnionym terminie, zajęcia nie będą kontynuowane.

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na kontakt z przedstawicielem placówki oświatowej, do której uczęszcza moje dziecko, w celu uzyskania niezbędnych informacji w procesie terapeutycznym prowadzonym w tutejszej Poradni.

……..……..…….……..
Data Podpis

Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wieliczce, ul. Niepołomska 26c, 32-020 Wieliczka, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@iods.pl. Podane we wniosku dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzenia badań diagnostycznych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. C, art.9 ust. 2 lit. g RODO) Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się na w naszej siedzibie oraz na stronie www.poradnia-wieliczka.pl