

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA W ROKU SZKOLNYM 2023/2024 W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

Miejscowość i data:	
DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon	
DANE DZIECKA/UCZNIA	
Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
ZAŁĄCZNIKI	<input type="checkbox"/> Opinia o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka Nr..... z dnia..... <input type="checkbox"/> Inne: (np. diagnoza zaburzeń Integracji Sensorycznej, opinia od fizjoterapeuty) <input type="checkbox"/> Kontynuacja w NPPP HKF Centrum Wspierania Rozwoju Dziecka



OŚWIADCZENIE WOLI:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH MOICH I MOJEGO DZIECKA W CELU PRZYJĘCIA I REALIZACJI ZAJĘĆ WWRD

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z klauzulą informacyjną NPPP HKF Centrum Wspierania Rozwoju Dziecka na podstawie art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). Klauzulą informacyjną znajduje się również na stronie internetowej NPPP i w sekretariacie poradni.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że jestem:

- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucznikiem
- prawnym opiekunem dziecka/ucznia
- osobą/podmiotem sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem/ucznikiem

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego



WYPEŁNIA PORADNIA

Decyzją zespołu zakwalifikowano/ nie zakwalifikowano na terapię

Data:

Data rozpoczęcia terapii.....

W ramach terapii WWRD przyznano miesięcznie (ilość godzin)

Logopeda:

Pedagog:.....

Psycholog:

Terapeuta SI:

Fizjoterapeuta:

Inne:.....

Koordinator Działu WWRD:.....

Zespół WWRD:

