

Za życiem



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W Olkuszu

32-300 Olkusz, ul. Legionów Polskich 3

tel.: (032) 647 08 30

pppolkusz@op.pl <http://www.pppolkusz.pl/>

.....
*Telefon kontaktowy
do rodziców /opiekunów prawnych*

.....
(miejsowość i data)

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy

PESEL DZIECKA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WNIOSEK O OBJĘCIE ZAJĘCIAMI WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

W ramach programu „Za życiem”

W okresie

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia miejsce urodzenia

Imiona i nazwiska rodziców
(lub opiekunów prawnych)

Miejsce zamieszkania rodziców
(lub opiekunów prawnych)

Nazwa przedszkola/szkoły i adres

..... **grupa/klasa**

Uzasadnienie złożenia wniosku:

Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka nr.....
wydana przez..... (wypełnia się, gdy opinia o potrzebie WWR jest wydana przez inną poradnię niż PPP w Olkuszu)

**Oświadczam, że moje dziecko obecnie realizuje zajęcia z wczesnego wspomaganie rozwoju w placówce – podać nazwę i adres
....., liczba godzin**

Informujemy o możliwości dołączenia do wniosku posiadanej dokumentacji dziecka: wyniki obserwacji, badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, lekarskich, opinię nauczyciela oraz inne, np. kuratora sądowego.

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODNY (proszę podkreślić) na udzielenie informacji szkołom i placówkom oświatowym na temat mojego dziecka. **(Nie podkreślenie żadnej z opcji uznawane będzie jako wyrażenie zgody).**

Dotyczy udziału w zajęciach terapeutycznych:

Zobowiązuję się do zapewnienia obecności dziecka na zajęciach oraz do współpracy z terapeutą (psychologiem, pedagogiem, logopedą, fizjoterapeutą).
Zobowiązuję się do każdorazowego poinformowania Poradni o nieobecności mojego dziecka na zajęciach terapeutycznych.

Oświadczenie informacyjne

Zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) informujemy Pana/Panią, że Administrator danych osobowych, tj. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Olkuszu, 32- 300 Olkusz, ul. Legionów Polskich 3, zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe pozostałych członków Pani/Pana rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci.

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olkuszu, 32- 300 Olkusz, ul. Legionów Polskich 3, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Decyzja zespołu WWRD o tygodniowej ilości godzin dla dziecka:

.....
.....

Podpisy członków zespołu WWR

.....
.....
.....
.....