

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W OLKUSZU**

**Wniosek o przyjęcie dziecka na zajęcia WWRD**

**W ROKU SZKOLNYM 2026/2027**

Miejscowość i data:

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon

**DANE DZIECKA/UCZNIĄ**

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

**ZAŁĄCZNIKI**

- Opinia o potrzebie Wczesnego Wspomagania  
Rozwoju Dziecka Nr.....  
z dnia.....

- Inne: ( np. diagnoza zaburzeń Integracji Sensorycznej,  
opinia od fizjoterapeuty)

.....

- Kontynuacja w naszej poradni

**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 Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olkuszu 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 także na stronie internetowej poradni, sekretariacie poradni/filii poradni w Wolbromiu, oraz na tablicy ogłoszeń poradni / filii poradni w Wolbromiu

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

## Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że jestem:

- rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem/ucznikiem
- składam wniosek za wiedzą i zgodą obydwójga rodziców
- 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:.....

Koordynator Działu WWRD:.....

Zespół WWRD: .....