……………………………………

 (miejscowość, data)

**Wniosek**

**O zakwalifikowanie dziecka do programu „Za życiem”**

**1.** **Nazwisko i imię dziecka: ......................................................................................................**

 **Data i miejsce urodzenia: .......................................................................…..........................**

**PESEL dziecka………………………………………………………………………………**

 **Adres zamieszkania: .............................................................................................................**

 **Nazwa i adres szkoły, klasa:..................................................................................................**

**2. Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów):.........................................................**

 **....................................................................................................................................................**

 **Miejsce zamieszkania...............................................................................................................**

 **Numer telefonu.........................................................................................................................**

**3. Wymagane dokumenty:**

* **Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (jeśli jest)**

**………………………………………………………………………………….**

* **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli jest)**

**……………………………………………………………………………………**

* **Diagnozy specjalistyczne np. Logopedy, psychologa, fizjoterapeuty, terapeuty SI (jeśli są w posiadaniu)**

**…………………………………………………………………………………….**

* **Dokumentacja medyczna (jeśli jest posiadana)**

**……………………………………………………………………………………**

* **Informacje o zajęciach w innych placówkach (jeśli dziecko uczestniczy)**

**………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………….**

**4.UZASADNIENIE: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................**

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych*** *przez administratora danych;*

*PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA w LUBARTOWIE z siedzibą w Lubartowie, ul. Słowackiego 7,*

*tel: 81 855 22 68 , mail:* *sekretariat@poradnialubartow.pl*

*Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,c i art. 9 ust. 2 lit. a, Rozporządzenia 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 w celu realizacji zadań ustawowych i świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej.*

*Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.*

 ……………………………………

 podpis rodzica(opiekuna prawnego)