

.....
(miejsowość, data)

Wniosek rodziców / prawnych opiekunów o terapię, zajęcia lub konsultacje

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. rodzaj terapii:

- terapia logopedyczna
- terapia psychologiczna (indywidualna, rodziny)
- zajęcia korekcyjno – kompensacyjne
- terapia dysleksji
- zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju w zakresie:
 - ✓ ogólnej stymulacji rozwoju
 - ✓ terapii logopedycznej
 - ✓ rehabilitacji ruchowej
- zajęcia rewalidacyjne
- terapia EEG Biofeedback
- rehabilitacja ruchowa
- zajęcia dla dzieci zdolnych
- warsztaty: „Szkoła dla rodziców i wychowawców”
- konsultacje dla rodziców
- konsultacje dla dyslektyków
- inne.....

Czy dziecko było diagnozowane przez tutejszą poradnię ?

TAK / NIE

Czy dziecko uczęszczało na terapię/zajęcia w tutejszej poradni ?

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych;

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA w LUBARTOWIE z siedzibą w Lubartowie, ul. 3-go Maja 16,

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

Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,c i art. 9 ust. 1 lit. a, b, 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 matki (opiekuna prawnego)

.....
podpis ojca (opiekuna prawnego)