

.....  
(miejsowość, 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 :.....
- .....
- 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](mailto: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.*

*Oświadczam, że drugi rodzic dziecka jest poinformowany o sprawie i nie wnosi sprzeciwu (art.92 §2 Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy).*

.....  
podpis rodzica