……………………………………

(miejscowość, data)

**Wniosek**

**rodziców / prawnych opiekunów o zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

**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 – koniecznie**

**………………………………………………………………………………….**

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

**……………………………………………………………………………………**

* **Diagnozy terapeutyczne (jeśli są w posiadaniu)**

**…………………………………………………………………………………….**

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

**……………………………………………………………………………………**

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

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

* **Informacje o należeniu do grona podopiecznych w innych fundacjach bądź stowarzyszeniach.**

**…………………………………………………………………………………….**

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

5.Czy dziecko było diagnozowane przez tutejszą poradnię ? **TAK / NIE**

6.Czy dziecko uczęszczało na terapię/zajęcia w tutejszej poradni ? **TAK / NIE**

***Administratorem Państwa (dziecka, rodzica/opiekuna prawnego) danych osobowych jest:***

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

*tel.: 81 855 22 68 , mail:* [*poradnialubartow@op.pl*](mailto:poradnialubartow@op.pl)

*Dane osobowe Pani /Pana i dziecka będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, e i art. 9 ust. 2 lit. g, 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.* *W związku z przetwarzaniem danych w celu wypełniania obowiązków wynikających z przepisów prawa odbiorcami Pani/Pana i dziecka danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu., nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Rodzicom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa j/w.*

…………………………… ….................................................

podpis matki podpis ojca