……………………………………

(miejscowość, data)

**Wniosek**

**rodziców 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 :...............................................................................................**

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

**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**

***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:poradnialubartow@op.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 matki podpis ojca