

**WNIOSEK RODZICÓW O PRYZYCNANIE ZAJĘĆ SPECJALISTYCZNYCH W PORADNI
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W MYŚLENICACH W RAMACH - OKRO „ZA
ŻYCIEM”**

Imię i nazwisko dziecka

Adres zamieszkania.....

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Nr telefonu kontaktowego rodziców

Adres i nazwa przedszkola.....

1. Czy dziecko realizuje zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju NIE/TAK (niepotrzebne skreślić)

Jeśli dziecko realizuje wypełnić punkt 2. oraz dołączyć kserokopię opinii *o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju*).

2. Zajęcia realizowane w ramach opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (4-8 w miesiącu) aktualne miejsce realizacji zajęć

.....

psycholog w wymiarze..... w tygodniu

pedagog w wymiarze..... w tygodniu

logopeda w wymiarze..... w tygodniu

fizjoterapeuta w wymiarze..... w tygodniu

inne.....w wymiarze.....w tygodniu

3. Czy dziecko realizuje inne zajęcia terapeutyczne NIE/TAK (niepotrzebne skreślić, jeśli realizuje wypełnić punkt 4.)

4. Inne realizowane zajęcia specjalistyczne (MOPS, hospicjum, fundacja, stowarzyszenia, placówki prywatne, inne)

Przedszkole.....

..... w wymiarze w tygodniu

..... w wymiarze w tygodniu

..... w wymiarze w tygodniu

Nazwa instytucji

..... w wymiarze w tygodniu

..... w wymiarze w tygodniu

..... w wymiarze w tygodniu

Nazwa instytucji

..... w wymiarze w tygodniu

..... w wymiarze w tygodniu

..... w wymiarze w tygodniu

Wnioskuje o przyznanie mojemu dziecku zajęć terapeutycznych w ramach programu OKRO – „Za życiem”, w wymiarze godzin w tygodniu (max. 5 w tygodniu)
Sugerowani specjaliści z podziałem na liczbę godzin

.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie (proszę wskazać potrzeby dziecka, które wymagają objęcia opieką przez danego specjalistę oraz uzasadnić ilość godzin, uwzględniając męczliwość dziecka, jego możliwości psychofizyczne).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Prosimy o dołączenie do wniosku kserokopii posiadanych orzeczeń i opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.)

.....
data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dobrowolnie podałam/-em dane osobowe w celu przyjęcia i realizacji z dzieckiem zajęć w programie OKRO – „Za życiem” i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez Poradnię zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Zostałam/-em poinformowana/-y, iż Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna ul. Pardyaka 2, 32-400 Myślenice oraz, że mam prawo dostępu, w każdym momencie, do treści podanych przeze mnie danych, ich poprawiania, a także wycofania zgody na ich przetwarzanie.

Data i podpis wnioskodawcy