

Białogard, dnia.....

Wypełnia wnioskodawca

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrektor Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie

Wniosek o objęcie dziecka wczesnym wspomaganiem rozwoju

Proszę o objęcie mojego dziecka/podopiecznego*.....
(imię i nazwisko dziecka)

ur. W
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zajęciami terapeutycznymi w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Oświadczam, że dziecko nie korzysta z zajęć z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju w innej placówce.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PP-P w Białogardzie na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (TZ.U.UE.L2016.119.1 z dnia 2016.05.04.)

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia Poradnia:

W załączeniu:

Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka nr
z dnia wydana przez.....
.....

Dziecko zostaje objęte terapią wczesnego wspomagania rozwoju od dnia
..... na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Białogardzie.

.....
(podpis dyrektora Poradni)