

Warszawa, dn.

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA W ROKU SZKOLNYM 2024/2025
W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA**

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania dziecka

Szkoła/ PrzedszkoleGrupa lub klasa

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów dziecka

.....

Telefon E-mail.....

**Na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nr
wydanej w dniu przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną (prosimy
wpisać nazwę, numer i adres poradni).....
ze względu na (prosimy wpisać rodzaj
niepełnosprawności).....
wnioskuję o przyjęcie dziecka do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 24 na zajęcia w ramach
Wczesnego Wspomagania Rozwoju.**

➤ **Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?** (prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)

- TAK

- numer..... data wydania

data obowiązywania

- NIE

➤ **Czy dziecko posiada ocenę/diagnozę procesów integracji sensorycznej?** (prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)

- TAK

- data wydania..... miejsce wydania.....

- NIE

➤ Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 24 (prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)

• TAK

– kiedy, specjalista/specjaliści

• NIE

➤ Czy dziecko korzysta/korzystało z form pomocy terapeutycznej (terapii SI, terapii logopedycznej, zajęć grupowych, TUS itd.) w naszej lub innej placówce?

• TAK

– rodzaj zajęć:

.....

.....

.....

- miejsce

- w okresie od (data rozpoczęcia terapii)do.....

• NIE

Potwierdzam zgodność powyższych danych.

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów

- jeśli nie prosimy podać powody

.....

.....

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

(data, pieczętka, podpis osoby przyjmującej)

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z zapisami prawa moje dziecko, na podstawie opinii w sprawie WWRD może mieć utworzony tylko jeden zespół wczesnego wspomagania rozwoju. Oznacza to, że w ramach realizacji wymienionej na wstępie opinii, dziecko nie będzie korzystało z bezpłatnej pomocy w innej placówce od 1 września 2024 roku.

Przyjmuję do wiadomości, że przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej i w celach archiwalnych. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 24, reprezentowana przez Dyrektora Poradni. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni. Mam świadomość, że niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej i że mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do organu nadzorczego.

.....

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)