

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA NR 2
85 – 792 BYDGOSZCZ UL. GAWĘDY 5**

www.poradnia.bydgoszcz.pl

tel. 52-322-80-32 fax.52-321-07-61

.....
Imię i nazwisko matki/ojca lub opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

Tel. do kontaktu:.....

**WNIOSEK O OBJĘCIĘ DZIECKA
WCZESNYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU
(posiadającego aktualną opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju)**

Dane dziecka:

Imię i nazwisko PESEL.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwa i adres przedszkola:

Data, nr opinii, placówka wydająca opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

Wnioskuje o objęcie mojego dziecka zajęciami w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju.

- ❖ Oświadczam, iż moje dziecko nie korzysta/korzysta (niepotrzebne skreślić) z zajęć terapeutycznych w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju w innej placówce
- ❖ Wyrażam/nie wyrażam zgodę (niepotrzebne skreślić) na fotografowanie i filmowanie mojego dziecka podczas zajęć prowadzonych na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 oraz wykorzystanie tych materiałów w ramach działań statutowych Poradni (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych z późn. zm.*)
- ❖ Załączniki do wniosku:
 - opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju
 - inne dokumenty diagnostyczne, specjalistyczne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu diagnostyczno-terapeutyczno-orzeczniczego dziecka w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Bydgoszcz, zgodnie z ustawą 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2015, poz. 2135).

podpis wnioskodawcy

.....