

Data.....

**WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DZIECKA DO TERAPII
W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**

Dane dziecka	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Wiek (lat, miesiące)	
Pesel	
Nazwa żłobka/przedszkola	

	Adres zameldowania	Adres zamieszkania (wpisać, jeśli jest inny niż zameldowania)
Miasto		
Kod pocztowy		
Ulica/numer lok., domu		

Czy dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju*(proszę zaznaczyć odpowiednie)*☐ tak☐ nie**Czy dziecko posiada inną opinię, np. psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną, lekarską***(proszę zaznaczyć odpowiednie)*☐ tak☐ nie

Jeśli tak, proszę napisać jaką opinię, przez kogo wydana i datę wydania

.....
.....**Czy dziecko podlega obowiązkowi szkolnemu** *(proszę zaznaczyć odpowiednie)*☐ tak☐ nie☐ odroczone

Czy dziecko korzysta z zajęć w ramach wczesnego wspomagania rozwoju (proszę zaznaczyć odpowiednie)

☐ tak

☐ nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celu wydania opinii i udziału w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych

.....
Imię i nazwisko

.....
Imię i nazwisko

Telefon kontaktowy:..... Adres e-mail:.....