

**Powiatowa Poradnia  
Psychologiczno – Pedagogiczna w Płocku  
09-407 Płock, ul. Otolińska 21**

**tel.:24-364-02-00**

**fax.:24-364-02-06**

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

Data.....

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 wspomaganie 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 obowiązku szkolnemu** *(proszę zaznaczyć odpowiednie)*

tak

nie

odroczone

**Czy dziecko uczestniczy w terapii** *(jakiej, w jakim wymiarze)*

tak

nie

odroczone

.....  
.....

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

Czytelny podpis obojga rodziców/opiekunów prawnych

.....

*Imię i nazwisko*

.....

*Imię i nazwisko*

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnianie, przetwarzanie oraz przechowywanie danych osobowych moich i mojego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2015 r. poz. 2135, 2281 z póź.zm)**

.....

*Imię i nazwisko*

.....

*Imię i nazwisko*

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

*Wypełnia Poradnia*

Kwalifikacja na terapię..... Data.....
--

