

.....
nazwisko i imię rodzica / prawnego opiekuna

Świętochłowice, dnia.

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

**Dyrektor Poradni
Psychologiczno – Pedagogicznej
w Świętochłowicach**

Podanie

Proszę o objęcie mojego dziecka:.....
nazwisko i imię

urodzonegoPESEL.....
data i miejsce urodzenia

zamieszkałego
adres zamieszkania

uczęszczającego do
nazwa placówki

zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w ramach działań Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w Świętochłowicach (podstawa prawna: **Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych**).

Opinia o wczesnym wspomaganie rozwoju/ zaświadczenie lekarskie/ wnioski z obserwacji:

.....
.....
.....

Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w celach związanych z organizacją zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

.....
czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna