Kościan, dnia …………..…………………………….

Do Dyrektora

Zespołu Szkół Specjalnych im. Marii Konopnickiej

w Kościanie

**WNIOSEK**

Proszę o zorganizowanie zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dla mojego dziecka.

Wnioskodawca:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwiskownioskodawcy |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu |  |

Dane dziecka:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| Numer PESEL |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |

Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:

|  |  |
| --- | --- |
| Numer opinii |  |
| Data wydania opinii |  |
| Poradnia wydająca opinię |  |
| Data ważnościobowiązywania opinii |  |

Oświadczenia:

1. *Oświadczam, że dziecko nie bierze udziału w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka realizowanych przez inną placówkę.*
2. *Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka przy Zespole Szkół Specjalnych im. Marii Konopnickiej w Kościanie. Regulamin dostępny w sekretariacie szkoły, u koordynatora zespołu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz na szkolnej stronie internetowej.*
3. *Zgodnie z* art*.* 6 ust*.* 1 lit*. a ogólnego rozporządzenia w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie przepływu takich danych z dnia 27 kwietnia 2016 roku
(Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb zorganizowania zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.*

Kościan, dnia ……………………. …………………………………………….

 /podpis/