

**W N I O S E K**  
**o organizację zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju**  
**w Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej**  
**w Stoku Lackim**

.....  
.....  
.....  
*(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka)*

.....  
*(miejscowość i data)*

.....  
*(adres zamieszkania)*

.....  
*(telefon)*

I. Zwracam się z prośbą o organizację zajęć w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dla mojego dziecka

**Nazwisko i imię dziecka**.....

**Data urodzenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....  
*(adres zamieszkania dziecka)*

na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

nr .....

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)"

.....  
*(data czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)*

Wyrażam zgodę *(Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące mojego dziecka w formie fotografii, opisu realizacji określonych zajęć, szczególnych osiągnięć itp. będą zamieszczane na stronie internetowej PPP-P w Stoku Lackim oraz w publikacjach przygotowywanych przez pracowników Poradni) /nie wyrażam zgody\** na upublicznienie wizerunku mojego dziecka na potrzeby związane z procesem realizacji zajęć z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju.

**Oświadczam, że syn/córka\* nie realizuje zajęć z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia jego rodziny w innej placówce. Jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia w/w placówki o rezygnacji bądź zmianie miejsca realizacji wczesnego wspomaganie dziecka.**

\*niepotrzebne skreślić

.....  
*(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)*