**Prywatne Przedszkole im. Marii Montessori w Przemyślu**

ul. Książąt Lubomirskich 2, 37-700 Przemyśl

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA  
NA ZAJĘCIA WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko dziecka** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia dziecka** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Numer PESEL** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| **Adres zamieszkania** (ulica, numer, kod, miejscowość) |  | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zameldowania** (w razie gdyby adres zamieszkania był inny) |  | | | | | | | | | | | | |
| **DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH** | **Matka/Opiekunka prawna** | | | | | | **Ojciec/Opiekun prawny** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | | | | |  | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** (ulica, numer, kod, miejscowość) |  | | | | | |  | | | | | | |
| **Adres zameldowania** (w razie gdyby adres zamieszkania był inny) |  | | | | | |  | | | | | | |
| **Numer telefonu (komórka lub stacjonarny)** |  | | | | | |  | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | | |  | | | | | | |
| **OPINIA O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU** | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer opinii** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Data wydania** |  | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACJE O DZIECKU** | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy dziecko uczęszcza/uczęszczało na terapię specjalistyczną?** | **TAK** (jaką, wymiar czasowy) | | | | | | | | | | | **NIE** | |
| **Czy dziecko uczęszcza do żłobka/przedszkola?** | **TAK** (nazwa, numer i adres) | | | | | | | | | | | **NIE** | |
| **Czy dziecko korzysta z terapii  w ramach WWR w innym miejscu?** | **TAK** | | | | | | **NIE** | | | | | | |
| **Dodatkowe informacje, uwagi, inne dokumenty** (np. opinie psychologiczne, logopedyczne, ocena procesów integracji sensorycznej, opinia przedszkola/żłobka i inne, które mogą pomóc w planowaniu terapii dziecka, w celu usprawnienia oddziaływań terapeutycznych) |  | | | | | | | | | | | | |

**OŚWIADCZENIE**

Deklaruję, że dziecko będzie korzystało z zajęć Wczesnego Wspomagania Rozwoju **tylko** **i wyłącznie**   
w Prywatnym Przedszkolu im. Marii Montessori w Przemyślu od ……………………………………………

(data)

……………………………………………………………..

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z „Regulaminem korzystania z zajęć terapeutycznych w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka w Prywatnym Przedszkolu im. Marii Montessori w Przemyślu” oraz oświadczam, że akceptuję jego treść.

……………………………………………………………..

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany/a ……………………………………………, zgodnie z art. 7 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, wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie i dalsze powierzanie osobom współpracującym z Prywatnym Przedszkolem im. Marii Montessori w Przemyślu danych osobowych, w tym danych wrażliwych, moich i dziecka zawartych w powyższym wniosku oraz dokumentacji prowadzonej przez Prywatne Przedszkole im. Marii Montessori w Przemyślu w celu udzielenia pomocy. Dane te są niezbędne do prawidłowego udzielania pomocy w Prywatnym Przedszkolu im. Marii Montessori   
w Przemyślu. Rodzic/opiekun prawny oświadcza, że nie są mu znane przeszkody prawne ani inne okoliczności ograniczające możliwość występowania w sprawach dziecka. Zgoda jest dobrowolna.

Rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest do powiadomienia drugiego rodzica/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku i o udzielanej dziecku pomocy w Prywatnym Przedszkolu im. Marii Montessori w Przemyślu.

………………………………………………. ……………………………………………….

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego) (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Wypełnia pracownik Prywatnego Przedszkola im. Marii Montessori w Przemyślu:**

Wniosek wpłynął dnia: Podpis pracownika:

…………………………………………………… ……………………………………………………

**Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**(tylko w przypadku wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, rezygnacji z prowadzenia zajęć terapeutycznych Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Prywatnym Przedszkolu im. Marii Montessori):**

………………………………………………. ……………………………………………….

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego) (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Data i podpis pracownika przyjmującego cofnięcie zgody:

………………………………………………………………………..