

Wpłynęło dnia

L.dz. P.421-1-.....

Odpowiedzialni:

Termin realizacji:

Nr teczki

PESEL DZIECKA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
telefon kontaktowy
do rodziców/opiekunów prawnych

.....
e-mail

**OŚRODEK KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY
W POWIECIE SŁUPSKIM**

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA

76-200 Słupsk, ul. Fabryczna 1

tel.(fax) 59-8456085, 571381158

e-mail: sekretariat@poradnia.slupsk.pl



WNIOSEK O UDZIELENIE DZIECKU POMOCY

(W RAMACH PROGRAMU RZĄDOWEGO „ZA ŻYCIEM”)

Forma udzielanej pomocy: (proszę zaznaczyć odpowiedni punkt)

☐ terapia (jaka?)

☐ porada, konsultacja (psychologiczna, pedagogiczna, logopedyczna, innego specjalisty.....)*)

dla

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia **i miejsce urodzenia**

Miejsce zamieszkania dziecka:

Imiona i nazwiska rodziców

(opiekunów prawnych): *imię nazwisko matki/opiekunki prawnej* *imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego*

Miejsce zamieszkania rodziców:

(opiekunów prawnych):

Nazwa przedszkola, szkoły lub placówki:

Adres placówki: **Oddział:**

Rozpoznanie niepełnosprawności (lub zagrożenia niepełnosprawnością – dla dzieci do 3 r.ż)

.....

.....

Czy dziecko było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej? **TAK / NIE^{*)}**

W tutejszej poradni TAK/NIE* W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w

^{*)} Właściwe podkreślić.

Prosimy o dołączenie do wniosku kserokopii posiadanych orzeczeń i opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, kopii dokumentacji medycznej, ewentualnie kopii orzeczenia o niepełnosprawności.

Miejsce na adnotację poradni:

--

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

1.

2.

Data

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ WNIOSKU.

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem, prawnym opiekunem dziecka lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem – jeżeli dotyczy. Jednocześnie oświadczam, że drugi rodzic/opiekun prawny nie wyraża sprzeciwu w związku ze złożeniem niniejszego wniosku.

.....
Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna

Czy dziecko realizuje wczesne wspomaganie rozwoju (WWRD)?

TAK/NIE^{*)}

Jeśli **TAK**, to w jakiej placówce

Zajęcia realizowane w ramach opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:

psycholog w wymiarze	godzin w tygodniu	pedagog w wymiarze	godzin w tygodniu
logopeda w wymiarze	godzin w tygodniu	fizjoterapeuta w wymiarze	godzin w tygodniu
inne (jakie)		w wymiarze.....	godzin w tygodniu
inne (jakie)		w wymiarze.....	godzin w tygodniu

Czy dziecko realizuje inne zajęcia terapeutyczne

TAK / NIE^{*)}

psycholog w wymiarze	godzin w tygodniu	pedagog w wymiarze	godzin w tygodniu
logopeda w wymiarze	godzin w tygodniu	fizjoterapeuta w wymiarze	godzin w tygodniu
inne (jakie)		w wymiarze.....	godzin w tygodniu
inne (jakie)		w wymiarze.....	godzin w tygodniu

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781 t.j.) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowany o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych Pana/Pani oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku, 76-200 Słupsk, ul. Fabryczna 1, tel. 598456085, e-mail: sekretariat@poradnia.slupsk.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku możliwy jest pod numerem tel. 887708702 lub adresem e-mail: cuw.iod@powiat.slupsk.pl.
3. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku zbiera i przetwarza dane osobowe, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r., Ustawie o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. i przepisach wydanych na ich podstawie.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okresy określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, zatwierdzonym przez Państwowe Archiwum w Słupsku.
5. Ma Pan(i) prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Rodzicom/ uczniom/ słuchaczom przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Posiadanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Słupsku jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w.

Ponad to oświadczam, iż:

1. Zostałam/am poinformowany o celach i założeniach Programu oraz, że uczestniczę w projekcie finansowanym za środków publicznych.
2. Zapoznałam/am się z regulaminem uczestnictwa w Programie i moje dziecko spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w nim.
3. Udział mojego dziecka w Programie jest dobrowolny i bezpłatny.
4. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z kadrami Programu.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym „wniosku o przyjęcie do Programu „Za życiem” są zgodne z prawdą.

.....
Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna.

^{*)} Właściwe podkreślić.