

ul. Migdałowa 4, 02-796 Warszawa
tel.: 22 648 68 37; fax: 22 648 41 04
e-mail: ppp19@edu.um.warszawa.pl
www.ppp19.eu

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA NA ZAJĘCIA W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju
wydanej w dniu..... przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr.....

ul., w

Dla: PESEL:.....
Imię i nazwisko dziecka

Z powodu:
Nazwa niepełnosprawności

Proszę o przyjęcie mojego dziecka, ur..... w

do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 19 w Warszawie na zajęcia w ramach
Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

I. Dane rodziców/ opiekunów prawnych dziecka

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych

.....

Adres zamieszkania dziecka i rodziców/ opiekunów prawnych

.....

Telefon do natychmiastowego kontaktu.....

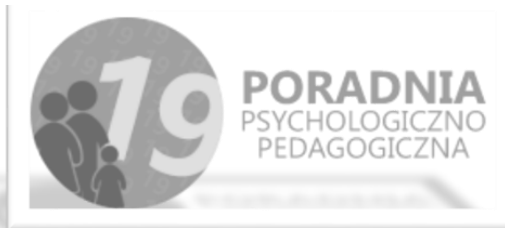
II. Informacje dotyczące ochrony danych osobowych

Wyrażam zgodę na posługiwanie się przez pracowników Poradni informacjami i wynikami badań dotyczącymi mojego dziecka znajdującymi się w Poradni w związku z prowadzonymi działaniami diagnostycznymi lub terapeutycznymi, a także na potrzeby kontaktu. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych obowiązującą w poradni.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z zapisami prawa, moje dziecko, na podstawie opinii w sprawie WWRDz, może mieć utworzony tylko jeden zespół wczesnego wspomagania rozwoju. Oświadczam, że moje dziecko nie korzysta z bezpłatnej pomocy w innej placówce w ramach wczesnego wspomagania rozwoju.

Warszawa, dnia.....

.....
podpis rodzica/ opiekuna prawnego



ul. Migdałowa 4, 02-796 Warszawa
tel.: 22 648 68 37; fax: 22 648 41 04
e-mail: ppp19@edu.um.warszawa.pl
www.ppp19.eu

III. Decyzja dyrektora **Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 19 w Warszawie**

Zarządzenie dyrektora nr..... z dnia

Powołano Zespół wczesnego wspomaganie rozwoju dla:

.....
Imię i nazwisko dziecka

Dziecko w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju otrzyma godzin
miesięcznie.

Skład zespołu WWRDz:

Psycholog.....
Pedagog.....
Rehabilitant/ Terapeuta SI.....
Logopeda/ Neurologopedia.....
Inny specjalista.....

Podpis koordynatora zespołu

Podpis Dyrektora PPP nr 19

Dyrektor nie zakwalifikował dziecka do wczesnego wspomaganie rozwoju z powodu:

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

Podpis koordynatora zespołu

Podpis Dyrektora PPP nr 19