

Program kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za Życiem" w zakresie: Priorytetu II. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny,

**Zadanie 2.4. „Wieloaspektowa i kompleksowa pomoc niepełnosprawnemu dziecku w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole oraz jego rodzinie”
określonego w porozumieniu nr MEiN/2022/DWEW/1109
zawartym w dniu 21.04.2022r.,**

.....
(miejscowość i data)

.....
Telefon kontaktowy do rodziców/ prawnych opiekunów

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy

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

PESEL DZIECKA

**WNIOSEK O OBJĘCIE ZAJĘCIAMI
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA
w ramach programu „Za Życiem”**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia miejsce urodzenia

Imiona i nazwiska rodziców
(lub opiekunów prawnych)

Miejsce zamieszkania rodziców
(lub opiekunów prawnych)

Nazwa szkoły/przedszkola i adres

..... grupa/klasa

Uzasadnienie złożenia wniosku:

☐ Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka
nrwydana przez.....
.....

☐ stwierdzony u dziecka stan zagrożenia niepełnosprawnością (poświadczony zaświadczeniem lekarskim)

Oświadczam, że moje dziecko obecnie realizuje zajęcia z Programu kompleksowego

wsparcia dla rodzin "Za Życiem" w placówce.....
.....

(nazwa i adres)

Liczba godzin

Informujemy o możliwości dołączenia do wniosku posiadanej dokumentacji dziecka: wyniki obserwacji, badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, lekarskich, opinię nauczyciela oraz inne, np. kuratora sądowego.

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** ☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY** na udzielenie informacji szkołom i placówkom oświatowym na temat mojego dziecka (nie podkreślenie żadnej z opcji uznawane będzie jako wyrażenie zgody).

Dotyczy udziału w zajęciach terapeutycznych:

Zobowiązuję się do zapewnienia obecności dziecka na zajęciach oraz do współpracy z terapeutą (psychologiem, pedagogiem, logopedą, fizjoterapeutą i in.).

Zobowiązuję się do każdorazowego poinformowania o nieobecności mojego dziecka na zajęciach terapeutycznych.

Oświadczenie informacyjne

Zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000) informujemy Pana/Panią, że Administrator danych osobowych, tj. dyrektor Powiatowego Centrum Wspierania Edukacji w Olecku, 19-400 Olecko, ul. Zamkowa 2, zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/Pani oraz dane osobowe pozostałych członków Pani/Pana rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz dzieci.

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców przez pracowników Powiatowego Centrum Wspierania Edukacji w Olecku, 19-400 Olecko, ul. Zamkowa 2, 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.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)