

Załącznik nr 1

PESEL DZIECKA

--

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

.....
telefon kontaktowy

.....
e-mail

do rodziców/opiekunów prawnych

OŚRODEK KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY

W POWIECIE NYSKIM

ZESPÓŁ PLACÓWEK SPECJALNYCH

48-300 Nysa, ul. Grodkowska 54

tel. (77) 433 22 36

e-mail: zps_nysa@zpsnysa.pl

WNIOSEK O UDZIELENIE DZIECKU POMOCY

w ramach programu rządowego „ZA ŻYCIEM”

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 lub placówki:

Adres placówki: Oddział:

Uzasadnienie złożenia wniosku:

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

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

1.

2.

Data

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem – 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 było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej?

TAK /NIE*

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

*) Właściwie podkreślić.

Czy dziecko realizuje wczesne wspomaganie rozwoju (WWR)?

TAK /NIE*

W jakiej placówce?

Czy dziecko uczęszcza na inne zajęcia terapeutyczne (także w placówkach prywatnych)

TAK /NIE*

Jeśli tak, to proszę podać typ zajęć, liczbę w miesiącu i od kiedy?

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

Zostałem/łam poinformowany/a, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka, WOKRO może zwrócić się do dyrektora odpowiednio placówki, do której uczęszcza, o zasięgnięcie lub wydanie opinii/informacji nauczycieli lub specjalistów.

Wyrażam zgodę na przekazanie do przedszkola/szkoły lub placówki, do której uczęszcza moje dziecko informacji związanych ze złożonym wnioskiem.

TAK / NIE*

.....

Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w zakresie obejmującym:

1. dane uczestnika (imię i nazwisko, PESEL, wiek, adres)
2. dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)
3. szczegóły wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie i we wsparciu, rodzaj otrzymanego wsparcia)

przez Administratora Danych, którym jest: Zespół Szkół Specjalnych w Nysie, ul. Grodkowska 54; 48-300 Nysa.

Moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu „Za życiem” – w szczególności: monitoringu, ewaluacji, kontroli, kwalifikowalności wydatków, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych.

Ponadto, wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją wyżej wymienionych celów.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Programu „Za życiem”

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS (rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie)

Do wniosku w Programie „Za życiem” należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Kopia opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.
2. Zaświadczenie lekarskie o zagrożeniu niepełnosprawnością – tylko w przypadku braku opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju. (Załącznik 2)
3. Konsultacja specjalistyczna (Załącznik 3)
4. Dodatkowe dokumenty – IPET, Programy WWR i inne, orzeczenie o niepełnosprawności, opinie specjalistów, opinie wychowawców grup.

.....
Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna