Płońsk, dn. …………………..……………

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA GRUPOWE TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH TUS:**   1. Z ELEMENTAMI RUCHU ROZWIJAJĄCEGO WERONIKI SHERBORNE\*   \**właściwe podkreślić*   1. Z ELEMENTAMI INTEGRACJI SENSORYCZNEJ\*   **W ROKU SZKOLNYM 2021/2022** |
|  |

Imię i nazwisko dziecka ……………………………………………….....................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ……………………………………....................................................................................................................

PESEL ………………………………….............................................................................................................................................................

Adres zamieszkania dziecka ……………………………………………………………..………………………………………..................

Szkoła/ Przedszkole ……………………………………………………………..Grupa/klasa ……………...……………………..….....

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów dziecka…………………………………………………………….....

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

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon …………………………………………… | E-mail…………......................................................................................................... |

**wnioskuję o przyjęcie dziecka do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Płońsku na zajęcia TUS wskazane w nagłówku**

* **Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?** (podkreślić właściwą odpowiedź)

**TAK NIE**

w przypadku tak, nr……………………………………………………… data wydania………………………………………………………………

* **Czy dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka?** (podkreślić właściwą odpowiedź)

**TAK NIE**

w przypadku tak, nr……………………………………………………… data wydania………………………………………………………………

* **Czy dziecko posiada inną opinię poradni wskazującą potrzebę realizacji zajęć TUS?** (podkreślić właściwą odpowiedź)

**TAK NIE**

w przypadku tak, nr……………………………………………………… data wydania………………………………………………………………

* **Czy dziecko było badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Płońsku?**

**TAK NIE**

w przypadku tak, kiedy?.........................................................................................................................................................................................

* **Czy dziecko korzystało z form pomocy terapeutycznej (zajęcia kształtujące kompetencje emocjonalno-społeczne np. TUS; terapia SI, terapia logopedyczna, zajęcia grupowe, itd.) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Płońsku lub w innej placówce?**

**TAK NIE**

w przypadku tak:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zajęć** | **Miejsce** | **W okresie** | |
| **Od**  **(data rozpoczęcia terapii)** | **Do** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Potwierdzam zgodność powyższych danych.**

**Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów**

**jeśli nie** prosimy podać powody……………………………………………………………………………………………………………

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

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

(data i czytelny podpis wnioskodawcy) (data, pieczątka, podpis osoby przyjmującej)

Przyjmuję do wiadomości, że przekazane dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celach dopełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa związanych ze świadczeniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej i w celach archiwalnych. Administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Płońsku, reprezentowana przez Dyrektora Poradni. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wynikających z przepisów prawa celów archiwizacji.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do treści podanych danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Poradni. Mam świadomość, że niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości świadczenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej i że mam prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania danych osobowych do organu nadzorczego.

…………………………..…………………….……………………….

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)