



Za życiem

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE „ZA ŻYCIEM” w roku 2026

Ja, niżej podpisany

imię i nazwisko prawnego opiekuna składającego deklarację

deklaruję chęć przystąpienia mojego dziecka do udziału w rządowym Programie „Za życiem” realizowanym przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Płocku, ul. Wolności 8/10 w ramach zadań ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego

I. Dane dziecka

Nazwisko i imię dziecka: _____

Data urodzenia: _____

Numer PESEL dziecka: _____

Pełny adres zamieszkania: _____

Żłobek/Przedszkole: _____

Kontakt tel. do Rodzica/Prawnego Opiekuna, składającego deklarację: _____

II. Moje dziecko:

☐ jest dzieckiem **niepełnosprawnym**, posiadającym (zaznaczyć odpowiednie, dokument załączyć do deklaracji):

- ☐ opinię o wczesnym wspomaganiu rozwoju
- ☐ orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- ☐ orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- ☐ zaświadczenie lekarskie zgodne z ustawą „Za życiem”
- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności

☐ jest dzieckiem **zagrożonym niepełnosprawnością** z uwagi na poważne problemy rozwojowe lub zdrowotne (do deklaracji dołączyć dokumentację medyczną, psychologiczno-pedagogiczną uzasadniającą oświadczenie)

W przypadku, gdy dziecko jest objęte **zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju** proszę wskazać **placówkę**, która je prowadzi: _____



III. Prosimy o wybór trzech form pomocy terapeutycznej, które Państwa zdaniem są najbardziej odpowiednie i potrzebne dla dziecka.

Proszę uszeregować je w kolejności, zaczynając od tej, która jest dla Państwa najważniejsza (1 – najwyższy priorytet):

1.
2.
3.

Proponowane formy pomocy terapeutycznej:

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| • PSYCHOLOGICZNA | • INTEGRACJA SENSORYCZNA |
| • PEDAGOGICZNA | • EEG BIOFEEDBACK |
| • LOGOPEDYCZNA | • REHABILITACJA / FIZJOTERAPIA |
| • NEUROLOGOPEDYCZNA | • TERAPIA TUS |

miejscowość, dnia

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam, iż:

- 1) Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie
- 2) Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych.
- 3) Mój udział w Programie jest dobrowolny.

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Oświadczam, iż moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach „Programu za życiem” w innym ośrodku.

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane podane w Deklaracji uczestnictwa w Programie „Za życiem” są zgodne z prawdą.

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:

- o dane osobowe (imię i nazwisko, PESEL, adres),
- o dane kontaktowe (adres, nr telefonu, adres mailowy),
- o dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka (kody ICD-10)

- o szczegółów dotyczących wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymanego wsparcia, oceny efektywności),
- o wizerunek dziecka w celach realizacji programu.

przez Administratora Danych, którym jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Płocku, Płock, ul. Wolności 8/10.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu „Za Życiem”, w szczególności w celu: ustalenia rodzaju i zakresu wsparcia, monitoringu i ewaluacji wsparcia, kontroli, audytu i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym celem. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacją ww celów.

podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację