



WNIOSEK
o udział w zajęciach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka
w ramach Programu „Za życiem”

CZĘŚĆ I

Wyrażam zgodę na udział w zajęciach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w ramach Programu „Za życiem” mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

Dane dziecka i dane kontaktowe do rodziców/prawnych opiekunów:

Data urodzenia dziecka	
Adres zamieszkania	
Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów	
nr telefonu kontaktowego	

CZĘŚĆ II

1. Posiadam opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

TAK, do wniosku dołączam kserokopię opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka;

NIE

2. Posiadam zaświadczenie lekarza pierwszego kontaktu/ specjalisty/innego

TAK, do wniosku dołączam kserokopię zaświadczenia;

NIE



Pouczenie:

1. Dane osobowe zawarte w niniejszym wniosku będą wykorzystane wyłącznie dla potrzeb związanych z realizacją Programu „Za życiem”.
2. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Dyrektor ZSS nr 1 w Świeciu.
3. Zajęcia będą odbywały w Przedszkolu Specjalnym nr 10 dla Dzieci z Niepełnosprawnością Umysłową w Stopniu Umiarkowanym, Znacznym, z Niepełnosprawnościami Sprzężonymi i Autyzmem w Zespole Szkół Specjalnych nr 1 w Świeciu pełniącym funkcję Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno – Opiekuńczego w Powiecie Świeckim w godzinach ustalonych z prowadzącymi zajęcia oraz Dyrektorem szkoły.

CZĘŚĆ III

OCENA WNIOSKU

1) **Wniosek rozpatrzony (pozytywnie/negatywnie)**

Przyczyny negatywnego rozpatrzenia wniosku

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

2) **Przyznana liczba godzin w tygodniu (max 5 godzin w tygodniu)**

3) **Rodzaj przyznanego wsparcia ze wskazaniem liczby godzin w tygodniu:**

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

4) **Okres, na jaki przyznano wsparcie**

.....
data i podpis koordynatora