



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

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	
opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju	Nr ..... z dnia .....
Adres zamieszkania	
Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów	
nr telefonu kontaktowego	

Do wniosku dołączam oryginał/kserokopię\* opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka. (\* *niepotrzebne skreślić*)

.....  
data i podpis rodziców/ prawnych opiekunów

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym Wniosku do udziału w zajęciach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka dla potrzeb związanych z realizacją Programu „Za życiem” zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r., poz. 1182 z późn. zm.).

.....  
data i podpis rodziców/ prawnych opiekunów

Wyrażam zgodę na umieszczenie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka zarejestrowanych podczas zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w ramach Programu „Za życiem”. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystany tylko i wyłącznie w celu promocji Programu.

.....  
data i podpis rodziców/ prawnych opiekunów



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.

**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