Niepubliczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna You First
Ul. Stalowa 39/U1, 03-425 Warszawa
tel. 605 342 342, recepcja@youfirst.pl

Warszawa, dn. …….

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA W ROKU SZKOLNYM …….
W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka …….....

Data i miejsce urodzenia …….....

PESEL …….....

Adres zamieszkania dziecka …….……

Przedszkole…….....Grupa …….....

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów dziecka

……

Telefon…… E-mail…….....

Na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nr ..... wydanej w dniu ..... przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną (prosimy wpisać nazwę, numer i adres poradni) ..... ze względu na (prosimy wpisać rodzaj niepełnosprawność) ..... wnioskuję o przyjęcie dziecka do Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej You First na zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna You First
Ul. Stalowa 39/U1, 03-425 Warszawa
tel. 605 342 342, recepcja@youfirst.pl

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 zgodnie z zapisami prawa moje dziecko, na podstawie opinii w sprawie WWRD może mieć utworzony tylko jeden zespół wczesnego wspomagania rozwoju. Oznacza to, że w ramach realizacji wymienionej na wstępie opinii, dziecko nie będzie korzystało z bezpłatnej pomocy w innej placówce od 1 września 2024 roku.

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 Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna You First, 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)