

.....
(imię i nazwisko rodziców /opiekunów)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Zespołu Placówek Specjalnych
w Sławoborzu
ul. Lepińska 3
78-314 Sławoborze**

PODANIE

Proszę o objęcie zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju mojego dziecka zgodnie z opinią nr
..... wydaną przez
..... w z dnia
do zakończenia zajęć w roku szkolnym.....

Dane osobowe kandydata i rodziców/opiekunów prawnych

(Tabelę należy wypełnić czytelnie literami drukowanymi)

1	Imię/imiona i nazwisko dziecka			
2	Data i miejsce urodzenia dziecka			
3	PESEL dziecka			
4	Imię/imiona i nazwiska rodziców (opiekunów) dziecka	Matki		
		Ojca		
5	Adres miejsca zamieszkania rodziców (opiekunów) i kandydata	Kod pocztowy		
		Miejscowość		
		Ulica		
		Numer domu / numer mieszkania		
6	Adres poczty elektronicznej i numery telefonów rodziców (opiekunów) kandydata – o ile je posiadają	Matki	Telefon do kontaktu	
			Adres poczty elektronicznej	
		Ojca	Telefon do kontaktu	
			Adres poczty elektronicznej	

.....
(podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(podpis ojca/ opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko rodziców /opiekunów)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)
.....

OŚWIADCZENIE

W związku z objęciem mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka wyrażam zgodę na nawiązanie współpracy z:

1) przedszkolem, inną formą wychowania przedszkolnego, oddziałem przedszkolnym w szkole podstawowej, do którego uczęszcza dziecko lub innymi podmiotami, w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi, w celu zapewnienia spójności wszystkich oddziaływań wspomagających rozwój dziecka

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(dane placówki, adres)

2) podmiotem leczniczym w celu zdiagnozowania potrzeb dziecka wynikających z jego niepełnosprawności, zapewnienia mu wsparcia medyczno-rehabilitacyjnego i zalecanych wyrobów medycznych oraz porad i konsultacji dotyczących wspomaganie rozwoju dziecka

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(dane placówki, adres)

3) ośrodkiem pomocy społecznej w celu zapewnienia dziecku i jego rodzinie pomocy, stosownie do ich potrzeb

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(dane placówki, adres)

.....
(czytelny podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis ojca/piekuna prawnego)

***niepotrzebne skreślić**