**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 8**

00-739 Warszawa, ul. Stępińska 6/8, tel.\fax 22 841 14 23

[www.ppp8.pl](http://www.ppp8.pl); info@ppp8.pl

**Oddział Postdiagnostyczny Poradni**

02-760 Warszawa, ul. Kaspijska 16A, tel.\fax 22 642 69 20

**Adres do korespondencji: 02-760 Warszawa, ul. Kaspijska 16A**

## ZWWR – wniosek o przyjęcie na zajęcia terapeutyczne

## 

Wnioskuję o przyjęcie dziecka na zajęcia terapeutyczne w Zespole Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

Imię i nazwisko dziecka: ………………………………………………………………………………..

Data i miejsce urodzenia :………………………………………………………………………………..

PESEL: …………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania dziecka: ……………………………………………………………………………

Przedszkole …………………………………………………………………….. Grupa …………..........

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów dziecka…………………………………………

……………………………………………………… tel. ......................e-mail.........................................

Dziecko posiada Opinię o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju nr ……………………..

Wydaną przez:…………………….............................................................................................................  
dnia ……………………………………………………………………………………………………....

Dziecko aktualnie uczęszcza na terapię: tak /nie

Jeżeli tak to proszę zaznaczyć na jaką terapię i dopisać gdzie ona się odbywa:

- logopedyczną……………………………………………………………………………………………

- SI………………………………………………………………………………………………………..

- psychopedagogiczną…………………………………………………………………………………….

- inną……………………………………………………………………………………………………...

**Aktualne trudności dziecka:**

……………………………………………………………........................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Potwierdzam zgodność powyższych danych …………………………………………… ………………………   
 (data i podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję: (właściwe podkreślić )

* w imieniu obojga rodziców;
* jako rodzic samotnie wychowujący dziecko;
* jako opiekun prawny;inne…………………………………………………………………………………….

……………………… ………………………  
 (data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka przez PP-P nr 8 w Warszawie.

Na podstawie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016r. informuję, iż:

* administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 8, 00-739 Warszawa, ul. Stępińska 6/8.
* inspektorem ochrony danych osobowych w PPP-8 jest Renata Zarzeczna. E-mail zarzeczna.ido@ dbfomokotów.pl
* dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia dziecka na zajęcia SI.
* dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat.
* posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych osobowych dziecka oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016r.
* Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyjęcia dziecka na zajęcia SI.
* Dane osobowe pacjentów nie są udzielane osobom trzecim, z wyjątkiem przypadków uzasadnionych przepisami prawa.

……………………… ………………………  
 (data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Załączniki:

- kopia *Opinii o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju;*