**Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 5**

**ul. Bohaterów Monte Cassino 46**

**41- 219 Sosnowiec**

**tel. 32 263 19 19, e-mail:sp38@sosnowiec.edu.pl**

**WNIOSEK**

**O OBIĘCIE DZIECKA WCZESNYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU**

**Na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju wydanej w dniu**…………………... **przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr**

**ul.** ………………………………………………….….., **w**

**dla:**

Imię i nazwisko dziecka

**PESEL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Z powodu:**

Nazwa niepełnosprawności

**Proszę o przyjęcie mojego dziecka, ur**

**w**

**do Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 5 w Sosnowcu na zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju.**

**I. Dane rodziców/ opiekunów prawnych dziecka**

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych

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

Adres zamieszkania dziecka i rodziców/ opiekunów prawnych

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

Telefon do natychmiastowego kontaktu…………………………………………………………..…

**II. Informacje dotyczące ochrony danych osobowych**

1.Wyrażam zgodę na posługiwanie się przez pracowników Szkoły informacjami i wynikami badań dotyczącymi mojego dziecka znajdującymi się w placówce w związku z prowadzonymi działaniami diagnostycznymi lub terapeutycznymi – ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz 883 ze zmianami.

2.Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku dziecka.

**Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z zapisami prawa, moje dziecko, na podstawie opinii w sprawie WWRDz, może mieć utworzony tylko jeden zespół wczesnego wspomagania rozwoju. Oświadczam, że moje dziecko nie korzysta z bezpłatnej pomocy w innej placówce w ramach wczesnego wspomagania rozwoju.**

**Zobowiązujemy się do uczestnictwa w zajęciach oraz do współpracy ze specjalistą- terapeutą. Przyjmujemy do wiadomości, że w przypadku dwukrotnego niestawienia się na zajęcia, w uzgodnionym terminie, bez wcześniejszego powiadomienia w tym placówki, zajęcia zostaną zawieszone do czasu wyjaśnienia przyczyn absencji.**

Sosnowiec, dnia…………………… ……………………..………………….

podpis rodzica/ opiekuna prawnego

III. Decyzja dyrektora **Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 5 w Sosnowcu.**

**Zarządzenie dyrektora nr**………………………… **z dnia**

Powołano Zespół wczesnego wspomagania rozwoju dla:

Imię i nazwisko dziecka

Dziecko w ramach wczesnego wspomagania rozwoju otrzyma ……………….godzin miesięcznie.

Skład zespołu WWRDz:

Psycholog……………………………………………………………………….…

Pedagog………………………………………….………………….……………..

Rehabilitant/ Terapeuta SI……………………………………………....…………

Logopeda/ Neurologopedia……………………..…………………………………

Inny specjalista………………………………………...…………………………..

Podpis koordynatora zespołu

Podpis Dyrektora

Dyrektor nie zakwalifikował dziecka do wczesnego wspomagania rozwoju z powodu:

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

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

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

Podpis koordynatora zespołu Podpis Dyrektora