



Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
„Centrum Indygo”
ul. Ostrobramska 95, 04-118 Warszawa
NIP: 5213757557, REGON: 526470945
tel. 606 227 703
kontakt@centrumindygo.pl www.centrumindygo.pl

Warszawa, dn.

WNIOSK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA

W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania dziecka:

Przedszkole:

Grupa lub klasa:

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów dziecka:

.....

Telefon E-mail.....

Na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju nr
..... **wydanej w dniu** **przez Poradnię**
Psychologiczno -Pedagogiczną (prosimy wpisać nazwę, numer i adres poradni)

.....
.....
ze względu na (prosimy wpisać rodzaj niepełnosprawności)

wnioskuje o przyjęcie dziecka do Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
„Centrum Indygo” ul. Ostrobramska 95, 04-118 Warszawa na zajęcia w ramach Wczesnego
Wspomagania Rozwoju.



Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
„Centrum Indygo”
ul. Ostrobramska 95, 04-118 Warszawa
NIP: 5213757557, REGON: 526470945
tel. 606 227 703
kontakt@centrumindygo.pl www.centrumindygo.pl

Dodatkowe informacje:

- **Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?**
(prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)
 - TAK / NIE (jeśli TAK, proszę uzupełnić poniższe dane)
 - numer.....
 - data wydania
 - data obowiązywania

- **Czy dziecko posiada ocenę/diagnozę procesów integracji sensorycznej?**
(prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)
 - TAK / NIE (jeśli TAK, proszę uzupełnić poniższe dane)
 - data wydania
 - miejsce wydania

- **Czy dziecko było badane w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Centrum Indygo” ul. Ostrobramska 95, 04-118 Warszawa?**
(prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)
 - TAK / NIE (jeśli TAK, proszę uzupełnić poniższe dane)
 - kiedy, specjalista
 - kiedy, specjalista

- **Czy dziecko korzysta/korzystało z form pomocy terapeutycznej (terapii SI, terapii logopedycznej, zajęcia grupowe, itd.)?**
(prosimy podkreślić właściwą odpowiedź)
 - TAK / NIE (jeśli TAK, proszę uzupełnić poniższe dane)
 - – rodzaj zajęć:
.....
.....



Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
„Centrum Indygo”
ul. Ostrobramska 95, 04-118 Warszawa
NIP: 5213757557, REGON: 526470945
tel. 606 227 703
kontakt@centrumindygo.pl www.centrumindygo.pl

- miejsce
- w okresie od (data rozpoczęcia terapii)do.....

Potwierdzam zgodność powyższych danych.

Oświadczam, że **wniosek składam i podpisuję w imieniu obojga rodziców/prawnych opiekunów.**

- jeśli nie, prosimy podać powód/powody:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy) (data, pieczętka, 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 wspomaganie rozwoju. Oznacza to, że w ramach realizacji wymienionej na wstępie opinii, dziecko nie będzie korzystało z bezpłatnej pomocy WWRD w innej placówce od

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 „Centrum Indygo” (adres placówki: ul. Ostrobramska 95, 04-118 Warszawa)**. 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)