



## PORADNIA PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNA

Łęczna, Al. Jana Pawła II 95  
Tel. 81 53 15 337, 81 53 153 35  
[ppp@ppp.powiatleczynski.pl](mailto:ppp@ppp.powiatleczynski.pl)

Łęczna, dnia .....

### Wypełnia wnioskodawca

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(adres e-mail)

**Dyrektor Poradni  
Psychologiczno - Pedagogicznej  
w Łęcznej**

## **Wniosek o objęcie dziecka wczesnym wspomaganie rozwoju**

Proszę o objęcie mojego dziecka/podopiecznego\* .....  
(imię i nazwisko dziecka)

ur. .... W .....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

PESEL dziecka .....

zajęciami terapeutycznymi w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju.

Dziecko uczęszcza do .....  
(nazwa i adres żłobka, przedszkola, szkoły)

..... grupa: .....

### Do wniosku załączam:

Opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka nr .....

z dnia ..... wydaną przez .....

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

### **Oświadczenie wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka przez Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną w Łęcznej zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) oraz w zakresie wymogów Rozporządzenia MEN z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. z 2017r., poz. 1635) oraz Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r., wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych orzeczeń i opinii (Dz.U. z 2017r., poz. 1743) w celach diagnostycznych, dydaktycznych, terapeutycznych, orzecznictwowych wynikających z nałożonych obowiązków prawnych ciążyących na administratorze danych.

.....  
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

***Jesteśmy objęci wsparciem następujących instytucji:***

➤ Sektor medyczny:

- .....
- .....
- .....

➤ Sektor społeczny (OPS, MOPS, PCPR):

- .....
- .....
- .....

➤ Sektor oświaty:

- .....
- .....
- .....

➤ Inne instytucje (stowarzyszenia, fundacje):

- .....
- .....

Wyrażam zgodę na kontakt Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka znajdującego się w poradni z ww. instytucjami w celu współpracy na rzecz dziecka i rodziny.

.....  
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

**Wypełnia Poradnia**

Dziecko zostaje objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach wczesnego wspomagania rozwoju od dnia ..... na terenie Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Łęcznej.

.....  
(podpis dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić