

Tychy,

WNIOSEK O REALIZACJĘ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Proszę o przyjęcie mojego dziecka na zajęcia z Wczesnego Wspomagania Rozwoju
od dnia

1. WNIOSEK DOTYCZY DZIECKA:

Imię i Nazwisko:			
Data urodzenia:		PESEL	
Adres zamieszkania:			
Adres zameldowania:			

2. DANE RODZICÓW:

	Matka / prawna opiekunka	Ojciec / prawny opiekun
Imię i Nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Adres zameldowania:		
Numer telefonu		
e-mail:		

3. OPINIA O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU:

Nr opinii:	
Data wydania:	
Wydana przez:	

.....
(data).....
(czytelny podpis Rodzica / opiekuna prawnego)

4. ZGODY I OŚWIADCZENIA - OBOWIĄZKOWE:*** Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w zakresie niezbędnym do realizacji zajęć wczesnego wspomagania rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo. Administratorem danych osobowych jest Fizjogo Agata Puchała. Oświadczam również, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz że zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dostępną w siedzibie Poradni i na stronie internetowej placówki.

.....
(czytelny podpis Rodzica / opiekuna prawnego)*** Oświadczenie o prawach rodzicielskich**

Oświadczam, że posiadam pełnię praw rodzicielskich i nie istnieją ograniczenia prawne w zakresie podejmowania decyzji dotyczących terapii dziecka.

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

Czy oboje rodzice posiadają pełnię praw rodzicielskich? NIE / TAK

Jeśli nie – kto sprawuje opiekę prawną?

*** Oświadczenie dotyczące poinformowania drugiego rodzica / opiekuna prawnego**

Oświadczam, że poinformowałem/poinformowałam drugiego rodzica/opiekuna prawnego dziecka o złożeniu wniosku do Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo oraz o objęciu dziecka pomocą w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

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

* Oświadczam, że od dnia (planowana data rozpoczęcia zajęć) moje dziecko nie będzie korzystało z zajęć wczesnego wspomagania rozwoju organizowanych przez inną placówkę.

Deklaruję, że dziecko będzie realizowało zajęcia WWR wyłącznie w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo w Tychach. Mam świadomość, że jednoczesne korzystanie z WWR w więcej niż jednej placówce jest niezgodne z obowiązującymi przepisami.

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

* Oświadczam, że **zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Organizacyjnym WWR** obowiązującym w NPPP Fizjogo, rozumiem jego treść oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

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

* Oświadczam, że o wszelkich zmianach w wyżej podanych informacjach niezwłocznie poinformuję dyrekcję ośrodka.

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

*** Zgoda na kontakt elektroniczny**

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, SMS oraz mailowy ze strony NPPP Fizjogo w sprawach organizacyjnych i dotyczących terapii dziecka.

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

*Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o **prawie do cofnięcia udzielonych zgód** w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem.

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

Cofnięcie zgody (wypełnia rodzic/opiekun prawny):

Niniejszym cofam zgodę na:

.....
.....
.....

Data:

Podpis:

Wypełnia Poradnia

Wniosek wpłynął: Wniosek przyjęty przez:

Dziecko zostaje objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju od dnia w Niepublicznej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej Fizjogo w Tychach.

.....
(data)

.....
(podpis Dyrektora Poradni)

2. OŚWIADCZENIA I ZGODY - NIEOBOWIĄZKOWE

Zgoda na udzielenie pierwszej pomocy

Wyrażam zgodę na udzielenie dziecku niezbędnej pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach nagłych.

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

Zgoda na dokumentowanie postępów

Wyrażam zgodę na sporządzanie dokumentacji terapeutycznej, w tym notatek, nagrań audio/video lub fotografii wykorzystywanych wyłącznie do celów diagnostycznych i terapeutycznych.

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

Zgoda rodziców / opiekunów prawnych (** niepotrzebne skreślić)

Wyrażamy zgodę / nie wyrażamy zgody** na nawiązanie współpracy przez terapeutów prowadzących zajęcia z moim dzieckiem w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo z:

- ☐ przedszkolem, inną formą wychowania przedszkolnego lub szkołą, do której uczęszcza dziecko,
- ☐ innymi podmiotami, w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi, w celu zapewnienia spójności działań wspomagających jego rozwój,
- ☐ podmiotami leczniczymi, w celu diagnozy potrzeb dziecka, zapewnienia wsparcia medycznego i rehabilitacyjnego oraz uzyskiwania zaleceń dotyczących wspomagania rozwoju,
- ☐ ośrodkami pomocy społecznej, w celu zapewnienia dziecku i jego rodzinie wsparcia adekwatnego do ich potrzeb.

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

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o **prawie do cofnięcia udzielonych zgód** w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem.

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

Cofnięcie zgody (wypełnia rodzic/opiekun prawny):

Niniejszym cofam zgodę na:

.....
.....
.....

Data:

Podpis:

Upoważnienie do przyprowadzania, odbioru i sprawowania opieki nad dzieckiem oraz uzyskiwania informacji

Upoważniam następujące osoby do przyprowadzania i odbierania mojego dziecka na zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Fizjogo w Tychach oraz **do sprawowania nad nim opieki w czasie dojazdu do Poradni i po zakończeniu zajęć:**

1. Imię i nazwisko: _____

Numer dokumentu tożsamości: _____

2. Imię i nazwisko: _____

Numer dokumentu tożsamości: _____

3. Imię i nazwisko: _____

Numer dokumentu tożsamości: _____

Upoważnienie obowiązuje od dnia do odwołania.

Jednocześnie **upoważniam wskazane wyżej osoby do uzyskiwania informacji dotyczących mojego dziecka, w szczególności związanych z jego terapią, organizacją zajęć oraz innymi istotnymi sprawami dotyczącymi procesu terapeutycznego.**

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w czasie przekazania go osobom upoważnionym oraz po jego odebraniu z Poradni. Przyjmuję do wiadomości, że Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Fizjogo” nie ponosi odpowiedzialności za dziecko od momentu jego przekazania osobie upoważnionej.

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

Cofnięcie upoważnienia (do wypełnienia przez rodzica/opiekuna prawnego)

Niniejszym cofam udzielone wcześniej upoważnienie dla następujących osób:

Osoby, których dotyczy cofnięcie:

1. Imię i nazwisko: _____

2. Imię i nazwisko: _____

3. Imię i nazwisko: _____

Data:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: