**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA NA ZAJĘCIA W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA 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 Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 19 w Warszawie 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**

Wyrażam zgodę na posługiwanie się przez pracowników Poradni informacjami i wynikami badań dotyczącymi mojego dziecka znajdującymi się w Poradni w związku z prowadzonymi działaniami diagnostycznymi lub terapeutycznymi, a także na potrzeby kontaktu. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznano mnie z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych obowiązującą w poradni.

**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.**

**Warszawa, dnia………………………….. …………………………….** podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

III. Decyzja dyrektora **Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 19 w Warszawie**

**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 PPP nr 19

Dyrektor nie zakwalifikował dziecka do wczesnego wspomagania rozwoju z powodu:

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Podpis koordynatora zespołu Podpis Dyrektora PPP nr 19