



WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA NA ZAJĘCIA WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

DANE DZIECKA	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia (dd.mm.rrrr)	
Wiek (lat, miesiące)	
Miejsce urodzenia	
Pesel	

	Adres zameldowania	Adres zamieszkania (wpisać jeśli inny, gdy ten sam wstawić jw.)
Miasto		
Ulica, nr lokalu		
Kod pocztowy		
Dzielnica		

1. Czy dziecko uczęszcza na terapię? NIE / TAK * (jaką? wymiar)

.....
.....

2. Czy dziecko uczęszcza do żłobka/przedszkola? NIE / TAK * (nazwa, numer i adres)

.....
.....

3. Czy dziecko podlega obowiązkowi szkolnemu? NIE / TAK / odroczony *

.....
.....

4. Czy u dziecka stwierdzono alergię? NIE / TAK * (na co?)

.....
.....

5. Preferowane formy terapii w ramach **WWR** w Naszej Klinice:

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu udziału dziecka w zajęciach wczesnego wspomaganie

Ożarów Mazowiecki, dn: Czytelne podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

.....
Imię i nazwisko

.....
Imię i nazwisko

* zakreśl odpowiednie

** np.. opinie logopedyczne, psychologiczne, ocena procesów integracji sensorycznej, opinia z przedszkola/żłobka i inne mogące pomóc w planowaniu terapii dziecka