



Centrum Terapii Dziecka i Rodziny

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
Centrum Terapii Dziecka i Rodziny
ul. Głębocka 9 lok. 3
03-287; Warszawa

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA NA ZAJĘCIA WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

1. Dane dziecka:

Imię i nazwisko:										
Data urodzenia:	D	D	M	M	R	R	R	R	Numer PESEL:	
Adres zamieszkania (ulica, numer, kod, miejscowość, dzielnica)										
Adres zameldowania:										

2. Dane rodziców:

	Matka	Ojciec
Imię i nazwisko:		
Numer telefonu:		
Adres e-mail:		

3. Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju:

Nr opinii:	
Data wydania:	

4. Informacje o dziecku: (* zakresł odpowiednie)

Czy dziecko uczęszcza/uczęszczało na terapię? NIE TAK* (jaką, wymiar czasowy)

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

.....
Czy dziecko korzysta z terapii w ramach WWRD w innym miejscu? NIE TAK *

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

.....
Preferowane formy terapii w ramach WWRD w Poradni Centrum Terapii Dziecka i Rodziny:

.....
5. Dodatkowe informacje, uwagi, inne dokumenty (np.opinie psychologiczne, logopedyczne, ocena procesów integracji sensorycznej, opinia przedszkola/żłobka i inne, które mogą pomóc w planowaniu terapii dziecka):

.....
.....
.....
6. Oświadczenie:

Deklaruję, że dziecko będzie korzystało z zajęć WWR tylko w Poradni Centrum Terapii Dziecka i Rodziny od

7. Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem się z „Regulaminem korzystania z zajęć terapeutycznych w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Centrum Terapii Dziecka i Rodziny” oraz oświadczam, że akceptuję jego treść.

8. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Będąc osobą uprawnioną do reprezentowania dziecka, wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie i dalsze powierzanie osobom współpracującym z Niepubliczną Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną Centrum Terapii Dziecka i Rodziny danych osobowych, w tym danych wrażliwych, moich i dziecka zawartych w powyższym wniosku oraz dokumentacji prowadzonej przez NPPP Konwaliowa w celu udzielenia pomocy w NPPP Centrum Terapii Dziecka i Rodziny. Dane te są niezbędne do prawidłowego udzielenia pomocy w NPPP Centrum Terapii Dziecka i Rodziny. Opiekun prawny oświadcza, że nie są mu znane przeszkody prawne

ani inne okoliczności ograniczające możliwość występowania w sprawach dziecka. Zgoda jest dobrowolna. Osoba ma prawo wycofać zgodę w każdym czasie (dane są przetwarzane do czasu cofnięcia zgody). Osoba ma prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo sprzeciwu, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego lub przeniesienia danych.

Rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest do powiadomienia drugiego rodzica/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku i o udzielanej dziecku pomocy w Poradni Centrum Terapii Dziecka i Rodziny

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

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

Wypełnia pracownik Poradni:

Wniosek wpłynął dn. Podpis pracownika

Część 8. tylko w przypadku wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych

8. Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych:

Centrum Terapii
Dziecka i Rodziny

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

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

podpis pracownika przyjmującego cofnięcie zgody:

Informacja dotyczące zasad prowadzenia terapii i współpracy terapeutów z rodzicami dzieci objętych wczesnym wspomaganem rozwoju

- 1) Zespół terapeutów opracowuje indywidualny program, z którym rodzice/opiekunowie muszą się zapoznać;
- 2) Zajęcia odbywają się zgodnie z wcześniejszym zaplanowanym harmonogramem;
- 3) Wszystkie prace dziecka są przechowywane i dostępne w razie potrzeby dla rodziców/opiekunów;
- 4) Zespół realizuje zalecenia, które są zawarte w orzeczeniu o niepełnosprawności;
- 5) W razie nieobecności dziecka istnieje możliwość odrobienia zajęć po wcześniejszym omówieniu;
- 6) Gdy zajdzie taka potrzeba, rodzice/opiekunowie mogą złożyć wniosek z prośbą i napisanie opinii o dziecku

Podpis opiekuna prawnego:.....

TARGÓWEK
Centrum Terapii
Dziecka i Rodziny

USTALENIE ZESPOŁU DOTYCZĄCYCE UDZIELENIA POMOCY PP

LP.	Forma udzielanej pomocy PP	Wymiar godzin	Okres udzielania	Uwagi
1				
2				
3				
4				

Podpis pracownika Poradni:

Podpis opiekuna prawnego:.....

TARGÓWEK
Centrum Terapii
Dziecka i Rodziny