|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dziecka** | | | |  | Adres zamieszkania | Adres zameldowania  (wpisać jeśli jest inny niż zamieszkania) |
| Nazwisko i imię |  | | | Miasto |  |  |
| Data urodzenia  (dd.mm.rrrr) |  | Wiek  (lat, miesięcy) |  | Ulica, nr, nr lok. |  |  |
| Miejsce urodzenia |  | | | Kod pocztowy |  |  |
| Pesel |  | | | Dzielnica |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju** | |
| Nr opinii |  |
| Data wydania |  |
| Poradnia (nr i adres) |  |
| **Inne dokumenty \*\***  (nieobowiązkowe wymień poniżej) | |
|  | |
|  | |
|  | |

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego:

…………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

Warszawa dn:…………………………………………..

Telefon kontaktowy:…………………………………

Adres e-mail:……………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu udziału w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju

1. Czy dziecko uczęszcza (uczęszczało) na terapię? NIE TAK (jaką, wymiar czasowy)

…………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………

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

(jeśli TAK to w …………………………………………………………………………………………….

1. Czy dziecko podlega obowiązkowi szkolnemu: NIE TAK odroczony\*
2. Czy u dziecka stwierdzono alergię? NIE TAK\* (na co?)…………………………………
3. Preferowane formy terapii w ramach WWRD w Poradni NIEBIESKA SPRĘŻYNKA:

…………………………………………………………………………………………………………………..

\* zakreśl odpowiednie \*\* np. opinie psychologiczne, logopedyczne, ocena procesów integracji sensorycznej, opinia przedszkola /żłobka i inne, które mogą pomóc w planowaniu terapii dziecka

NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNA   
NIEBIESKA SPRĘŻYNKA   
Ul. Batalionów Chłopskich 87/u8, 01-307 Warszawa

Tel. +48 881 449 886 www.niebieskasprezynka.pl

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA NA ZAJĘCIA WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**