

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO PROGRAMU „ZA ŻYCIEM”

Kołobrzeg dnia.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Adres zamieszkania:

Tel. kontaktowy.....

imię i nazwisko dziecka.....

ur..... w

Nr PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż rodzica).....

Nazwa i adres przedszkola/ żłobka

Oświadczam, iż moje dziecko posiada:

- Opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka nr.....z dnia.....
wydaną przez.....(dokument w załączeniu)
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr.....z dnia.....
wydane przez.....(dokument w załączeniu)
- Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka(dokument w załączeniu)
- Zaświadczenie lekarskie (zgodnie z ustawą „Za życiem”).....(dokument w załączeniu)

Rozpoznanie niepełnosprawności jeśli takie było lub inne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka mogące mieć wpływ na rozwój dziecka (np. przedwczesny poród (przed 36 tygodniem ciąży, przewlekłe choroby z klasyfikacji ICD, znacznie opóźniony rozwój psychoruchowy) proszę opisać własnymi słowami:

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

Uzasadnienie do wniosku

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

(prosimy o dołączenie do wniosku kserokopii posiadanych dokumentów- orzeczeń opinii, zaświadczeń lekarskich lub innych, istotnych do rozpatrzenia wniosku)

1. Czy dziecko korzystało z pomocy w PPP w Kołobrzegu: TAK/NIE
jeżeli tak, to z jakich form:
2. Czy dziecko realizowało zajęcia w ramach programu „Za życiem” (WOKRO) TAK/NIE
Jeżeli tak to w jakiej instytucji?.....

3. Czy dziecko realizuje zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju TAK/NIE
4. Aktualne miejsce realizacji zajęć w ramach ZWWR.....
- psycholog w wymiarze..... w miesiącu
- pedagog w wymiarze w miesiącu
- logopeda w wymiarze w miesiącu
- fizjoterapeuta w wymiarze..... w miesiącu
- inne..... w miesiącu
5. Czy dziecko realizuje inne zajęcia terapeutyczne (MOPS, hospicjum, fundacja , stowarzyszenia, gabinety prywatne, poradnie niepubliczne, OWI) TAK/NIE

jeżeli tak, to należy wypełnić:

Nazwa instytucji.....

rodzaj zajęć

w wymiarze : tygodniowym:..... miesiąca:

rodzaj zajęć

w wymiarze : tygodniowym:..... miesiąca:

Nazwa instytucji.....

rodzaj zajęć

w wymiarze : tygodniowym:..... miesiąca:

rodzaj zajęć

w wymiarze : tygodniowym:..... miesiąca:

Nazwa instytucji.....

rodzaj zajęć

w wymiarze : tygodniowym:..... miesiąca:

rodzaj zajęć

w wymiarze : tygodniowym:..... miesiąca:

Ponad to **oświadczam, iż:**

1. Zostałem/am poinformowany o celach i założeniach Programu oraz że uczestniczę w projekcie finansowanym za środków publicznych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu oraz klauzulą informacyjną RODO .
3. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadrą Programu.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez środek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w celu realizacji Programu.
5. Wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne przetwarzanie, wykorzystywanie przez Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno- Opiekuńczy ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg, wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojego dziecka (zdjęcia itp.) w celach upubliczniania tych danych za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z realizacją Programu.

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku o przyjęcie do Programu „Za życiem” są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego składającego wniosek