………………………………………………. Zawiercie, dn……………………………………  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………………………….  
(adres zamieszkania)

………………………………………………………………..  
(telefon kontaktowy)

………………………………………………………………  
(adres e-mail)

**Wniosek o objęcie dziecka zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju**

**w roku szkolnym 2021/2022**

Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych im. M. Grzegorzewskiej i Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej

w Zawierciu

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka ………………………………………………………………………………  
 (imię i nazwisko dziecka)

urodzonego…………………………………………………. w…………………………………………………………………………………

na zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

………………………………………………………………  
 (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Załączniki:

1. Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka Nr……………………………………………

z dnia ……………………………………………………………..

**Oświadczenie woli:** Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w celu przyjęcia i realizacji zajęć WWRD.

……………………………………………………………………  
 (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wypełnia Poradnia:

Decyzją zespołu zakwalifikowano/nie zakwalifikowano na terapię

Data:…………………………………………………. Data rozpoczęcia terapii:…………………………………………………………

W ramach terapii WWRD przyznano miesięcznie (ilość godzin)

Logopeda:……………………………………………….. Pedagog:…………………………………………………………

Psycholog:……………………………………………….. Inne:………………………………………………………………

Koordynator zespołu WWRD:………………………………………………………………………………………………

Zespół WWRD:…………………………………………………………………………………………………………………….