



Elbląg, dnia

W N I O S E K
O OBJĘCIE ZAJĘCIAMI TERAPEUTYCZNYMI:
PSYCHOLOGICZNYMI, PEDAGOGICZNYMI, LOGOPEDYCZNYMI*

.....
(imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(P E S E L)

.....
(szkoła, klasa, przedszkole)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania dziecka)

Uzasadnienie:

* Przyjmuję do wiadomości, że 3 (trzy) nieusprawiedliwione, następujące po sobie nieobecności powodują usunięcie dziecka z listy uczestników zajęć terapii pedagogicznej / logopedycznej.

* Oświadczam, że moje dziecko będzie / nie będzie uczęszczało na zajęcia pod opieką osoby dorosłej.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przekazywanie informacji do placówki.

.....
(data i czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego/ucznia pełnoletniego)

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że administratorem danych osobowych jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Elblągu. Dane osobowe Pana/Pani dziecka i członków jego rodziny zbierane są i przetwarzane w zakresie działalności diagnostycznej i/lub terapeutycznej oraz edukacyjnej. Informuję, że przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do zbieranych danych oraz uzupełnienia czy sprostowania w razie stwierdzenia, że dane są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Jednocześnie informuję, że dołożymy wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

OŚWIADCZENIE WOLI

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych określonych w powyższej informacji.

.....
(data i czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego/ucznia pełnoletniego)