

Płock, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego Nr 2 w Płocku

Proszę o objęcie mojego dziecka

imię i nazwisko dziecka

ur. w PESEL

data urodzenia

miejsce urodzenia

zamieszkałego

dokładny adres zamieszkania

uczęszczającego do

nazwa placówki – przedszkola/żłobka

zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w ramach działań Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno – Opiekuńczego w Płocku (podstawa prawna: *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno- rehabilitacyjno – opiekuńczych*).

Rodzaj zajęć aktualnie potrzebnych dziecku w celu wspierania jego rozwoju (*proszę podkreślić jakiego rodzaju zajęć oczekuje Pan/Pani w ramach WWRD*):

- fizjoterapia/rehabilitacja ruchowa,
- terapia integracji sensorycznej,
- terapia logopedyczna,
- terapia psychologiczna.

Do wniosku dołączam załączniki (*opinie, orzeczenia, zaświadczenia itp.*):

-
-
-

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna/

Kwestionariusz wywiadu o dziecku

I. Dane dziecka:

Imiona i nazwisko dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia.....

II. Kontakty z rodzicami/opiekunami dziecka:

Osoby i numery telefonów do kontaktu:

.....

.....

III. Informacje zdrowotne:

Jaka jest przyczyna zgłoszenia się z dzieckiem na terapię? *(Proszę, o opisanie konkretnego problemu/problemów z jakim się Państwo zgłaszacie, kiedy się pojawiły)*

.....

.....

.....

Czy dziecko było w przeszłości lub jest obecnie pod opieką specjalistów? *(psychologa, terapeutów, lekarzy)*

.....

.....

Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe? NIE / TAK jakie?

.....

Czy dziecko bierze obecnie jakiegokolwiek leki na stałe? NIE / TAK jakie?

.....

Czy dziecko ma alergię (jeśli tak, to na jakie alergen(y)?)

.....

Inne ważne informacje na temat stanu zdrowia dziecka:

.....

.....

.....

data, czytelny podpis rodzica (opiekuna)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgłaszam udział swojego dziecka/podopiecznego i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i jego danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb realizacji usługi w Centrum Terapeutyczno-Rehabilitacyjnym w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym Nr2 w Płocku.

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) – dalej jako RODO, informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest: Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy Nr 2 w Płocku, ul. Lasockiego 14, 09-402 Płock, tel. 24 366 03 50, e-mail: sosw2plock@poczta.onet.pl, reprezentowany przez Dyrektora;
- Dane osobowe będą wykorzystywane w celu realizacji terapii;
- Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednakże ich brak będzie skutkowało niemożliwością realizacji wskazanego celu przetwarzania.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno – Opiekuńczego, akceptuję go i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Regulamin dostępny jest na stronie internetowej SOSW Nr 2 w Płocku w zakładce „Wiodący Ośrodek”.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna