



## KWESTIONARIUSZ PRZYJĘCIA DZIECKA DO ZESPOŁU WCZESNEGO WSPOMAGANIA W OSW DLA DZIECI NIEŚLYSZĄCYCH W POZNANIU

### 1. WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o objęcie mojego dziecka zajęciami rehabilitacyjnymi w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju w OSW dla Dzieci Nieśłyszących im. Józefa Sikorskiego w Poznaniu.

imię i nazwisko dziecka.....

adres.....

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

.....

telefon kontaktowy.....

adres e-mail.....

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem wczesnego wspomaganie rozwoju	TAK	<input type="checkbox"/>
	NIE	<input type="checkbox"/>
Preferowane godziny zajęć :		

\*proszę wpisać znak X przy wybranej odpowiedzi

### 2. ZAŁĄCZNIKI

- opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie
- skierowanie z Urzędu Miasta Poznania

Administratorem jest Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Nieśłyszących im. Józefa Sikorskiego w Poznaniu, ul. Bydgoska 4a, 61-127 Poznań.. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: k.maciejewska@coreconsulting.pl lub CORE Consulting sp. z o.o., ul. Wyłom 16, 61-671 Poznań. Dane przetwarzamy w celu procedowania złożonego przez Ciebie pisma. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne są w sekretariacie oraz na <https://oswpoznan.pl/> w zakładce dotyczącej ochrony danych osobowych (RODO) – Klauzula informacyjna – złożenie pisma w placówce.

Poznań,.....

.....

*data*

*podpis matki/ojca dziecka*

### 3. DECYZJA

Zgodnie z opinią Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

.....

w ....., nr..... o potrzebie wczesnego  
wspomagania rozwoju dziecka.....

*imię i nazwisko dziecka*

z dniem..... roku zostaje przyjęt... na zajęcia rewalidacyjne w zespole  
wczesnego wspomagania rozwoju.

.....

*podpis dyrektora/v-ce dyrektora*