

**Wniosek rodziców (prawnych opiekunów) o organizację zajęć
z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

Aleksandrów Łódzki, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziców /prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
Imię i nazwisko dyrektora szkoły/placówki

.....
Nazwa szkoły

.....

W związku z faktem wydania przez
(nazwa poradni psychologiczno-pedagogicznej)

opinii nr :o wczesnym wspomaganiu rozwoju mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL)

wnioskuję o zorganizowanie tej formy edukacji w okresie od..... do

W załączeniu przekazuję opinię poradni psychologiczno – pedagogicznej.

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zadań szkoły oraz w celu prowadzenia konkursów i innych akcji związanych z działalnością szkoły.

.....
(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka (w tym wizerunku) w celu świadczenia usług w zakresie edukacji, w celu realizacji zadań szkoły oraz w celu prowadzenia konkursów i innych akcji związanych z działalnością szkoły.

.....
(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)