



Załącznik nr 1

PESEL DZIECKA

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

.....  
*telefon kontaktowy*  
do rodziców/opiekunów prawnych

.....  
*e-mail*

**OŚRODEK KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY  
W POWIECIE NYSKIM  
ZESPÓŁ PLACÓWEK SPECJALNYCH  
48-300 Nysa, ul. Grodkowska 54  
tel. (77) 433 22 36  
e-mail: zps\_nysa@zpsnysa.pl**

**WNIOSEK O UDZIELENIE DZIECKU POMOCY**  
**w ramach programu rządowego „ZA ŻYCIEM”**  
**dla**

**Imię i nazwisko dziecka:** .....

**Data urodzenia** ..... **i miejsce urodzenia** .....

**Miejsce zamieszkania dziecka:** .....

**Imiona i nazwiska rodziców**

.....  
(opiekunów prawnych):

.....  
*imię nazwisko matki/opiekunki prawnej*

.....  
*imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego*

**Miejsce zamieszkania rodziców:** .....

(opiekunów prawnych):

**Nazwa przedszkola lub placówki:** .....

**Adres placówki:** .....

**Oddział:** .....

**Uzasadnienie złożenia wniosku:** .....

.....

.....

---

**Podpisy rodziców/opiekunów prawnych:**

1. ....

2. ....

Data

.....

**Oświadczam**, że jestem rodzicem sprawującym władzę rodzicielską nad dzieckiem lub uczniem, prawnym opiekunem dziecka lub ucznia lub osobą (podmiotem) sprawującym pieczę zastępczą nad dzieckiem lub uczniem – jeżeli dotyczy.

Jednocześnie oświadczam, że drugi rodzic/opiekun prawny nie wyraża sprzeciwu w związku ze złożeniem niniejszego wniosku.

.....  
Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna

---

**Czy dziecko było badane w poradni psychologiczno-pedagogicznej? TAK /NIE\***

W tutejszej poradni TAK/NIE\* w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w

.....  
\*) Właściwe podkreślić.

---

**Czy dziecko realizuje wczesne wspomaganie rozwoju (WWR)? TAK /NIE\***

W jakiej placówce?

---

**Czy dziecko uczęszcza na inne zajęcia terapeutyczne (także w placówkach prywatnych) TAK / NIE\***

Jeśli tak, to proszę podać typ zajęć, liczbę w miesiącu i od kiedy?

**Zostałem/lam poinformowany/a, że w celu uzyskania informacji o problemach dydaktycznych i wychowawczych dziecka, WOKRO może zwrócić się do dyrektora odpowiednio placówki, do której uczęszcza, o zasięgnięcie lub wydanie opinii/informacji nauczycieli lub specjalistów.**

**Wyrażam zgodę** na przekazanie do przedszkola/szkoły lub placówki, do której uczęszcza moje dziecko informacji związanych ze złożonym wnioskiem.

**TAK / NIE\***

.....  
Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w zakresie obejmującym:

1. dane uczestnika (imię i nazwisko, PESEL, wiek, adres)
2. dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)
3. szczegóły wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie i we wsparciu, rodzaj otrzymanego wsparcia)

przez Administratora Danych, którym jest: **Zespół Szkół Specjalnych w Nysie, ul. Grodkowska 54; 48-300 Nysa.**

Moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu „Za życiem” – w szczególności: monitoringu, ewaluacji, kontroli, kwalifikowalności wydatków, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych.

Ponadto, wyrażam zgodę na przekazywanie danych osobowych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją wyżej wymienionych celów.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Programu „Za życiem”

.....  
Miejscowość, data

.....  
CZYTELNY PODPIS (rodzica/prawnego opiekuna składającego oświadczenie)

### **Do wniosku w Programie „Za życiem” należy dołączyć następujące dokumenty:**

1. Kopia opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.
2. Zaświadczenie lekarskie o zagrożeniu niepełnosprawnością – tylko w przypadku braku opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju. (Załącznik 2)
3. Konsultacja specjalistyczna (Załącznik 3)
4. Dodatkowe dokumenty – IPET, Programy WWR i inne, orzeczenie o niepełnosprawności, opinie specjalistów, opinie wychowawców.