

Dyrektor Specjalnego Ośrodka  
Szkolno- Wychowawczego  
im. Przyjaciół Dzieci  
w Lubinie

### Wniosek o przyjęcie dziecka

na Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka

w Specjalnym Ośrodku Szkolno- Wychowawczym im. Przyjaciół Dzieci w Lubinie

#### I. Dane dziecka

Imię	Drugie imię	Nazwisko	PESEL

Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL, seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:  
.....

Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo

Adres zamieszkania:

miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu	
kod pocztowy	poczta	województwo	powiat	gmina

Adres zameldowania ( jeśli jest inny niż zamieszkania):

miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu	
kod pocztowy	poczta	województwo	powiat	gmina

## II. Dane rodziców/opiekunów prawnych

Dane matki*/opiekunki prawnej*:		Dane ojca*/opiekuna prawnego*:	
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
Telefon kontaktowy		Telefon kontaktowy	
Poczta elektroniczna		Poczta elektroniczna	
Adres zamieszkania ( jeśli jest inny niż dziecka):		Adres zamieszkania ( jeśli jest inny niż dziecka):	
miejsowość		miejsowość	
ulica, nr domu, nr lokalu		ulica, nr domu, nr lokalu	
kod pocztowy		kod pocztowy	
poczta		poczta	
województwo		województwo	
powiat		powiat	
gmina		gmina	

\*niepotrzebne skreślić

### Pouczenie

1. Dane osobowe zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku będą wykorzystywane wyłącznie dla potrzeb związanych z organizacją wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka..
2. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku oraz załącznikach do wniosku jest dyrektor SOSz-W w Lubinie.

### Oświadczenia wnioskodawcy:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i załącznikach do wniosku w celach związanych z organizacją kształcenia specjalnego oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002, nr 101, poz. 926 z późn. zm. ).
3. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować szkołę w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna dziecka

Załączniki:	
1.	Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka wydana przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną (oryginał)
2.	Karta informacyjna
3.	Kontrakt między rodzicami a dyrektorem i zespołem wczesnego wspomaganie
4.	Oświadczenie o niekorzystaniu z zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka organizowanych przez inne placówki

Decyzja dyrektora SOSz-W w Lubinie:
Wyrażam zgodę*/ Nie wyrażam zgody*
<p>.....</p> <p>(pieczęć i podpis dyrektora)</p>

\*niepotrzebne skreślić

## Karta informacyjna

### I. Dane dziecka:

Imię	Drugie imię	Nazwisko	PESEL																				
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

### II. Deklaracja:

Zgoda na udział mojego dziecka w zajęciach prowadzonych w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.	TAK*	NIE*
Zgoda na badanie dziecka przez pedagoga, psychologa lub innego specjalistę prowadzącego zajęcia z dzieckiem w celach diagnostycznych.	TAK *	NIE*
Zgoda na udzielanie i organizację pomocy psychologiczno – pedagogicznej, gdy zaistnieje taka potrzeba.	TAK*	NIE*
Zgoda na umieszczanie wizerunku dziecka w związku z działalnością szkolną na stronie internetowej szkoły, tablicach informacyjnych i w prasie (w celu promocji szkoły).	TAK*	NIE*
Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dziecka oraz rodziców przez SOSz-W w Lubinie w związku z realizacją zadań statutowych szkoły – celów dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz prowadzenia dokumentacji szkolnej. Oświadczam, że podałem/am dane osobowe dobrowolnie.	TAK*	NIE*

### III. Informacje dodatkowe:

Dodatkowe informacje o dziecku mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka (stan zdrowia, przyjmowane leki, opieka i zalecenia lekarskie, dieta, inne rodzaje terapii itp.):	
Informacje o osobach upoważnionych do odbierania dziecka po zajęciach:	
Imię i nazwisko:	Nr telefonu:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna dziecka

**Kontrakt**  
 między rodzicami dziecka  
 a Dyrektorem oraz Zespołem Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka  
 w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Lubinie

Imiona i nazwiska rodziców*/opiekunów prawnych*:	
Imię i nazwisko dziecka:	
Data zawarcia kontraktu:	
Zadania zespołu:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ustalanie kierunków i harmonogramu działań w zakresie wczesnego wspomagania i wsparcia rodziny dziecka, stosownie do możliwości i potrzeb dziecka i jego rodziny, zgodnie z opinią o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju,</li> <li>2. Ustalenie rodzaju zajęć z dzieckiem w każdym roku szkolnym,</li> <li>3. Opracowanie i realizowanie z dzieckiem i jego rodziną indywidualnego programu wczesnego wspomagania, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka w zakresie realizacji programu</li> <li>4. Analizowanie skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, wprowadzanie zmian w indywidualnym programie terapeutycznym stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny,</li> <li>5. Ocenianie sprawności i postępów dziecka,</li> <li>6. Planowanie dalszych działań w zakresie wczesnego wspomagania,</li> <li>7. Systematyczne prowadzenie zajęć stymulujących rozwój dziecka wg harmonogramu zajęć oraz zgodnie z indywidualnym programem wczesnego wspomagania,</li> <li>8. Udzielanie pomocy i wsparcia rodzinie dziecka zgodnie z potrzebami.</li> </ol>	
Rodzice dziecka zobowiązują się do:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Systematycznego udziału dziecka w zajęciach,</li> <li>2. Przestrzegania zaleceń dotyczących postępowania z dzieckiem,</li> <li>3. Informowania terapeutów o stanie zdrowia dziecka oraz innych istotnych zmianach dotyczących dziecka (np. zmiany w zachowaniu, rytm dobowy, przebieg leczenia, podawane leki, korzystanie z innych rodzajów terapii itp.),</li> <li>4. Informowania o nieobecności dziecka na zajęciach (bezpośrednio do terapeuty).</li> <li>5. Poinformowania dyrektora SOSz-W w Lubinie o zamiarze realizacji części wskazań zawartych w opinii przez inną placówkę (dotyczy wskazań, których nie ma możliwości realizacji w SOSz-W w Lubinie)</li> </ol>	
Harmonogram działań:	
Rok szkolny:	Rodzaj zajęć:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. .... / .....</li> <li>2. .... / .....</li> <li>3. .... / .....</li> <li>4. .... / .....</li> <li>5. .... / .....</li> <li>6. .... / .....</li> <li>7. .... / .....</li> </ol>	

\*niepotrzebne skreślić

.....  
 miejscowość, data

.....  
 czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

.....  
 podpis przewodniczącego zespołu

.....  
 pieczęć i podpis dyrektora

## Oświadczenie

Oświadczam, że moje dziecko

.....

imię i nazwisko dziecka

nie korzysta z zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka organizowanych przez inne placówki.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna dziecka

### Informacja

o rodzaju zajęć przyznanych w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka  
w roku szkolnym.....

**I. Imię i nazwisko dziecka:**

.....

**II. Rodzaj zajęć:**

Lp.	Rodzaj zajęć	Ilość godzin w tygodniu	Imię i nazwisko nauczyciela prowadzącego zajęcia
1.			
2.			

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

.....  
podpis przewodniczącego zespołu

.....  
pieczęć i podpis dyrektora