

....., dnia.....  
(miejscowość)

**Dane wnioskodawcy**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych  
w Świebodzicach**

**Wniosek o objęcie dziecka wczesnym wspomaganie rozwoju**

Proszę o objęcie mojego dziecka/podopiecznego\*.....  
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

ur. .... W .....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zajęciami terapeutycznymi w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

**Do wniosku załączam:**

Opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka nr .....  
z dnia ..... wydaną przez.....

.....

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej Zespołu Szkół Specjalnych w Świebodzicach na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).*

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić