



**ZESPÓŁ Wczesnego WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECI
Z ZABURZENIAMI PSYCHORUCHOWYMI**

przy Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej nr 2 w Łodzi

ul. Motylowa 3,

tel. 42 659 - 15 - 81/tel. kom. +48 729 804 602

www.ppp2.edu.lodz.pl

kontakt@ppp2.elodz.edu.pl

Dane rodziców / opiekunów

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon

Wniosek rodziców / opiekunów

Proszę o przyjęcie mojego dziecka

urodzonego dn. w zamieszkałego

.....

numer PESEL :, uczęszczającego do przedszkola na zajęcia
terapeutyczne w ramach Zespołu Wczesnego Wspomagania Rozwoju przy PP-P nr 2 w Łodzi
na rok szkolny 20..... / 20.....

Dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju nr

wydaną przez Zespół Orzekający Poradni.....

.....

(regon poradni) w dniu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka zgodnie z ustawą
z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) oraz na
wykorzystywanie wizerunku dziecka dla potrzeb dokumentowania pracy terapeutycznej.

Łódź, dn.

.....

Podpis rodzica / opiekuna

