

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Warszawa, dnia.....

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

**Dyrektor
Specjalnego Ośrodka
Szkolno- Wychowawczego
TPD „HELENÓW”
ul. Hafciarskiej 80/86
04 – 725 Warszawa**

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Zwracam się o przyjęcie do Specjalnego Ośrodka Szkolno- Wychowawczego
TPD „HELENÓW” na rok szkolny 2009/2010:

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Numer PESEL

Imiona rodziców

Miejsce zamieszkania: ul.....m.....kod.....

miejscowość.....

Telefon kontaktowy rodziców lub opiekunów dzieckalub.....

Dodatkowe informacje o dziecku:

1) Czy choruje na choroby przewlekłe, jeżeli tak, to jakie?.....

.....

2) Czy przyjmuje na stałe leki, jeżeli tak, to jakie?.....

.....

3) Czy jest cewnikowane?

4) Czy jest na diecie, jeżeli tak, to na jakiej?.....

.....

5) Inne zalecenia lub przeciwwskazania lekarskie wynikające z aktualnego stanu zdrowia
dziecka(jakie)?.....

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko:

- 1) nie jest / jest uzależnione *
- 2) nie jest / jest niepełnosprawne w stopniu wymagającym indywidualnej, stałej opieki*,
- 3) nie posiada / posiada przeciwwskazania od lekarza specjalisty do przebywania w grupie lub poza rodziną*

Podpis rodzica
lub opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

.....

Załączniki:

1. kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. kserokopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego na dany etap edukacyjny
3. podpisane załączone zgody dotyczące zajęć w Ośrodku
4. inne istotne dokumenty dotyczące stanu zdrowia dziecka (wg. uznania rodzica/opiekuna)

Dane osobowe zawarte we wniosku są przetwarzane w celu rekrutacji dziecka do Ośrodka, w tym ustaleniu czy Ośrodek może zapewnić dziecku odpowiednią opiekę.

Podanie danych jest dobrowolne. W przypadku ich nieudzielenia wniosek zostaje pozostawiony bez rozpoznania.

Po zakończeniu rekrutacji dane osobowe niezakwalifikowanych osób przetwarzane są w celach archiwalnych.

2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie danych mojego syna/córki

..... przez jednostki wchodzące w skład

(imię i nazwisko dziecka)

Centrum Rehabilitacji, Edukacji i Opieki TPD „HELENÓW” oraz Zespół Szkół Specjalnych/
Liceum w zakresie niezbędnym do realizacji indywidualnego planu pracy z dzieckiem.

.....

(data)

.....

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić