



Warszawa, dnia.....

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

.....
E-mail

Dyrektor
Pozaszkolnej Placówki Specjalistycznej TPD
ul. Hafciarska 80/86
04 – 725 Warszawa

WNIOSEK O PRZYJĘCIE

Zwracam się o przyjęcie do Pozaszkolnej Placówki Specjalistycznej TPD na rok szkolny 2020/2021

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dzieckamiejsce.....

Numer PESEL

Imiona rodziców

Miejsce zamieszkania: ul.....kod.....miejscowość.....

Nr orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.....

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)?.....

.....

Załączniki:

1. kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

2. kserokopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego na dany etap edukacyjny

3. inne.....

Dane osobowe zawarte we wniosku są przetwarzane w celu rekrutacji do Placówki, w tym ustaleniu, czy Placówka może zapewnić kandydatowi 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.

***proszę podkreślić właściwą odpowiedź**



1. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie danych mojego syna/córki przez jednostki wchodzące w skład Centrum Rehabilitacji, Edukacji i Opieki TPD „HELENÓW” oraz Szkoły Podstawowej nr 244 Specjalnej w zakresie niezbędnym do realizacji pracy z wychowankiem w ramach statutowych zadań Placówki.
2. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na udział mojego syna/córki w zajęciach organizowanych przez Pozaszkolną Placówkę Specjalistyczną TPD w roku szkolnym 2020/2021.
3. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na uczestniczenie mojego dziecka w wyjazdach, wycieczkach oraz wyjściach usamodzielniających organizowanych przez Placówkę w trakcie jego pobytu w Placówce.
4. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** publikację wizerunku mojego syna/córki na stronach internetowych Centrum Rehabilitacji, Edukacji i Opieki TPD „HELENÓW”.
5. Upoważniam następujące osoby do odbioru
(imię i nazwisko dziecka)
A.
B.
C.
(imiona i nazwiska osób upoważnionych)
6. Syn/córka w roku szkolnym 2020/2021 **będzie / nie będzie*** korzystał/a z transportu Urzędu Miasta/Gminy. **Zobowiązuję się do przekazania danych przewoźnika do dnia 02.09.2020r.**
7. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na samodzielne opuszczanie Pozaszkolnej Placówki Specjalistycznej TPD przez mojego syna/córkę w roku szkolnym 2020/2021. **Oświadczam**, że ponoszę wszelką odpowiedzialność za jego/jej samodzielne wyjścia.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

W przypadku nie odebrania do godz. 17.00 zobowiązuję się płacić na rzecz
(imię i nazwisko dziecka)

Pozaszkolnej Placówki Specjalistycznej TPD kwotę w wysokości 20 zł za każde rozpoczęte 20 minut opóźnienia w odebraniu dziecka. (dotyczy rodziców i opiekunów odbierających dzieci osobiście, nie przez przewoźnika)

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

***proszę podkreślić właściwą odpowiedź**