



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

05-070 Sulejówek, ul. Idzikowskiego 7b; tel. 22 783 97 71, 22 783 58 58

www.poradniapsych.szkolnastrona.pl email: poradnia@poradniapsych.szkolnastrona.pl

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE WWR

Wniosuję o przyjęcie dziecka na zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju:

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia :.....

PESEL:

Adres zamieszkania dziecka:

Przedszkole /żłobek.....

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów dziecka:

.....

Telefon kontaktowy:

Dziecko posiada *Opinię o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju* nr

wydaną przez:.....

dnia

Dziecko obecnie uczęszcza na terapię TAK / NIE (właściwe podkreślić)

(Jeśli TAK to jaką i gdzie?)

.....

.....

.....

Aktualne trudności dziecka (uzasadnienie wniosku):

.....

.....

.....

Potwierdzam zgodność powyższych danych. Wyrażam zgodę na weryfikację podanych informacji (kontakt ze specjalistami z innych placówek) celem przeprowadzenia procesu rekrutacji.

.....

(data i podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Informujemy, że w procesie kwalifikacji na zajęcia terapeutyczne uwzględniona będzie realizacja zaleceń diagnostycznych (m.in. specjalistycznych konsultacji i badań lekarskich).