

Warszawa, dnia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**WNIOSEK o przyjęcie ucznia na zajęcia:**

**Trening Umiejętności Społecznych (TUS) dla dzieci neuroróżnorodnych**

Imię i nazwisko dziecka . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Data i miejsce urodzenia . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nr PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adres zamieszkania . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nazwa szkoły . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . klasa/oddział . . . . . . . . . . . . . .

Imię i nazwisko matki (opiekun) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Imię i nazwisko ojca (opiekun) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nr telefonu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres e-email . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Czy dziecko korzystało z pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej?

TAK, w tej poradni / TAK, ale w innej poradni / NIE, nie korzystało

Jeśli tak, to podać formę i rok szkolny . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jeśli dziecko posiada diagnozę, proszę zaznaczyć odpowiednie: autyzm, Zespół Aspergera, ADHD, ryzyko dysleksji/dysleksję, lub inną . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Uzasadnienie wniosku (opis trudności)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiej i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka zawartych we wniosku i dołączonych do niego dokumentach przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 10 w Warszawie, ul. Wrzeciono 24. [ppp10.waw.pl/rodo]

Przyjmuję do wiadomości, że w Poradni stosowane są Standardy Ochrony Małoletnich, zawierające uszczegółowione zapisy w związku z Ustawą  
z 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (na podstawie art. 22b i 22c ustawy z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym. [ppp10.waw.pl/som]

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

podpis wnioskodawcy