

Warszawa, dnia

**ZGŁOSZENIE NA ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNE
dla dzieci i młodzieży z autyzmem i zespołem Aspergera**

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy - rodzice lub prawni opiekunowie)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....
(szkoła, klasa)

.....
(adres zamieszkania dziecka)

.....
(telefon kontaktowy, adres e-mail)

.....
(diagnoza medyczna dziecka- autyzm, zespół Aspergera)

.....
(czy dziecko brało udział w zajęciach uspołeczniających)

środy: 15-16 16-17 17-18 18-19 19-20
(preferowane godziny zajęć – proszę zakreślić wszystkie możliwe godziny, podczas których dziecko będzie mogło uczestniczyć w zajęciach)

Dane zawarte we wniosku i dokumentacji dziecka są poufne.

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć terapeutycznych w Poradni PP nr 10 (ul. Wrzeciono 24), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie telefonicznie i/lub e-mailowo o wynikach rekrutacji na zajęcia oraz na kontaktowanie się ze mną w celach organizacyjnych ww. drogami w trakcie trwania terapii.

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)

Oświadczam, że zapoznałem(am) się regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie *ppp10.waw.pl* w zakładce *Zajęcia Rozwijające Umiejętności Społeczne* oraz w sekretariacie Poradni.

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)