

Zuzela, dnia

.....
(imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno - Wychowawczego
im.ks.kard. Stefana Wyszyńskiego w Zuzeli**

PODANIE
o przyjęcie na zajęcia z wczesnego wspomaganie rozwoju

Proszę o przyjęcie mojego dziecka.....
(imię i nazwisko dziecka)

ur.....r. w.....PESEL.....
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

na zajęcia z wczesnego wspomaganie rozwoju w Specjalnym Ośrodku Szkolno - Wychowawczym
w Zuzeli.

.....
(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

Załączniki:

1) Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju.

2)

3)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu przez administratora danych tj. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Ks. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Zuzeli - Zuzela 51 07-322 Nur. Dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści podanych danych i prawie ich poprawiania.

.....
(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)