

Warszawa, dn.

KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA POD OPIEKĘ OŚRODKA KOORDYNUJĄCO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZEGO
W WARSZAWIE W SPPP „TOP”

I. Wypełnia rodzic/prawny opiekun

1. Dane rodzica lub opiekuna zgłaszającego dziecko:

Imię i nazwisko:.....

Numer telefonu:

Adres zamieszkania:.....

2. Dane dziecka:

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Numer pesel:.....

Adres zamieszkania: ulica..... nr. domu
nr. lokalu Kod pocztowy: Warszawa

Powód zgłoszenia (proszę opisać powody niepokoju dotyczące zachowania i funkcjonowania
dziecka: jegotrudności w rozwoju, dolegliwości, potrzeby dziecka):

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

3. Proszę podać numer opinii o Potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju i datę jej wydania:

.....

W jakiej placówce realizowana jest Opinia o WWR:

W jakim wymiarze godzin realizowane jest wwrd:

Jacy specjaliści obejmują dziecko opieką w ramach wwrd:

.....

4. Czy dziecko uczęszcza do żłobka lub oddziału przedszkolnego? (proszę podkreślić):

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres placówki:

.....

5. Czy dziecko dotychczas było pod opieką innych placówek specjalistycznych, gdzie odbyła się diagnoza, konsultacja, terapia, leczenie, rehabilitacja?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę wymienić te miejsca i powód zgłoszenia do nich:

.....

.....

6. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę podać rodzaj niepełnosprawności:

7. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych?

TAK

NIE

8. Proszę wymienić załączoną do wniosku dokumentację:

.....

.....

.....

9. Oświadczenia rodzica:

Proszę o objęcie mojego dziecka (imię i nazwisko):

specjalistyczną opieką Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w SPPP „TOP” w Warszawie oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji i badań diagnostycznych niezbędnych do ustalenia potrzeb rozwojowych mojego dziecka.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na :

Objęcie opieka mojego dziecka przez specjalistów Specjalistyczną Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną TOP przy ul. Raszyńskiej 8/10 w Warszawie w zakresie określonym przez rozporządzenie MEN z dn. 01.02.2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 poz. 199 zm.)

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Specjalistyczną Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną TOP przy ul. Raszyńskiej 8/10 w Warszawie do celów związanych z korzystaniem z pomocy psychologiczno – pedagogicznej.

Administratorem Danych Osobowych jest Specjalistyczną Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną TOP reprezentowana przez Dyrektora Poradni.

Przyjmuję do wiadomości, że dwukrotna, nieusprawiedliwiona nieobecność na zajęciach terapeutycznych jest równoznaczna z zakończeniem terapii i przeniesieniem dziecka na koniec kolejki dzieci oczekujących do przyjęcia do terapii.

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

II. Wypełnia specjalista SPPP „TOP”

1. **Rekomendacja wniosku – proszę o uzasadnienie przez specjalistów realizujących WWRD, potrzeby objęcia dziecka zajęciami OKRO (wymienione zajęcia/liczba godzin):**

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

Decyzja o przyznaniu terapii w ramach OKRO:

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

Data

podpis specjalisty.....