Kalisz, dnia ..... r.

.....
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego Nr 2
im. Plutonu Głuchoniemych AK
ul. Augustyna Kordeckiego 19
62-800 Kalisz

PODANIE
o przyjęcie na zajęcia z wczesnego wspomagania rozwoju małego dziecka

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

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

na zajęcia z wczesnego wspomagania rozwoju małego dziecka w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym Nr 2 im. Plutonu Głuchoniemych AK w Kaliszu.

Jednocześnie oświadczam, że moje dziecko nie korzysta z zajęć wczesnego wspomagania rozwoju małego dziecka w innej placówce oświatowej lub medycznej.

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Załączniki:
1) Kserokopia skierowania z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej na wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka.
2) .....
3) .....

Dane osobowe podane we wniosku oraz dołączonych do niego załączników zostaną wykorzystane wyłącznie dla potrzeb związanych z przeprowadzaniem postępowania rekrutacyjnego prowadzonego na podstawie u*stawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe* (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 996 ze zm.). W tym zakresie wnioskodawca wyraża zgodę na ich przetwarzanie. Obowiązek podania danych wynika z art. 160 u*stawy – Prawo oświatowe*. Wnioskodawca ma prawo kontroli przetwarzania danych, prawo dostępu do treści danych w nim zawartych i ich poprawiania. Stosownie do u*stawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.) administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest dyrektor publicznej szkoły, do którego wniosek został złożony.

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)