

Kraków, dnia.....

.....  
(nazwisko i imię rodzica lub opiekuna)

.....  
.....  
(adres zamieszkania z kodem)

.....  
(nazwa Gminy)

.....  
(imię i nazwisko Prezydenta Miasta  
Burmistrza lub Wójta Gminy)

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

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

.....  
(nr PESEL dziecka)

.....  
(nr opinii o potrzebie wczesnego wspomagania,  
data wydania i przez kogo)

.....  
(nr telefonu kontaktowego)

.....  
(nazwa i adres przedszkola, do którego dziecko uczęszcza)

**DO DYREKTORA**

Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego  
Pn. „Centrum Autyzmu i Całościowych Zaburzeń Rozwojowych”  
Kraków, ul. Spadochroniarzy 1

Zgodnie ze skierowaniem i opinią o potrzebie wczesnego wspomagania zwracam się z prośbą o  
przyjęcie córki/syna..... W roku szkolnym..... na zajęcia  
wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w celu rekrutacji dziecka do zajęć Wczesnego  
Wspomagania Rozwoju zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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.