

Sochaczew, dn.

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

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania c.d.)

.....
(telefon kontaktowy)

**Dyrektor
Miejskiego Przedszkola Nr 4
z Oddziałami Integracyjnymi
w Sochaczewie**

Zwracam się z prośbą o objęcie wczesnym wspomaganie rozwoju mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ur..... w PESEL

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

zamieszkałego

(adres zamieszkania)

zgodnie z Opinią o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

nr z dnia wydaną przez

Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w

Oświadczam, że dziecko nie korzysta z zajęć z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju w innej placówce.

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

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych przez Miejskie Przedszkole Nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi w Sochaczewie zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz.U. nr 133 z 1997 r.)

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