

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO PROGRAMU „ZA ŻYCIEM” NA ROK 2025

Kołobrzeg dnia.....

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych:

.....

Adres zamieszkania: .....

Tel. kontaktowy.....

imię i nazwisko dziecka.....

ur..... w .....

Nr PESEL											
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż rodzica).....

Nazwa i adres przedszkola/ żłobka .....

Oświadczam, iż moje dziecko posiada:

- Opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka nr.....z dnia.....  
wydaną przez.....(dokument w załączeniu)
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr.....z dnia.....  
wydane przez.....(dokument w załączeniu)
- Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka .....(dokument w załączeniu)
- Zaświadczenie lekarskie (zgodnie z ustawą „Za życiem” ).....(dokument w załączeniu)

Rozpoznanie niepełnosprawności jeśli takie było lub inne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka mogące mieć wpływ na rozwój dziecka (np. przedwczesny poród (przed 36 tygodniem ciąży, przewlekłe choroby z klasyfikacji ICD, znacznie opóźniony rozwój psychoruchowy) proszę opisać własnymi słowami:

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

Uzasadnienie do wniosku

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

( prosimy o dołączenie do wniosku kserokopii posiadanych dokumentów- orzeczeń opinii, zaświadczeń lekarskich lub innych, istotnych do rozpatrzenia wniosku)

1. Czy dziecko realizuje zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju TAK/NIE

**Jeżeli TAK** wpisać: gdzie realizuje, w jakim wymiarze miesięcznym i z jakich zajęć korzysta

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

2. Czy dziecko realizowało zajęcia w ramach programu „Za życiem” TAK/NIE

**Jeżeli TAK:** to z jakich zajęć korzystało?

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

3. Czy dziecko realizuje inne zajęcia terapeutyczne (MOPS, hospicjum, fundacja, stowarzyszenia, gabinety prywatne, poradnie niepubliczne, OWI) TAK/NIE

**Jeżeli TAK** wpisać: gdzie realizuje, w jakim wymiarze miesięcznym i z jakich zajęć korzysta

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

Ponad to **oświadczam, iż:**

1. Zostałem/am poinformowany o celach i założeniach Programu oraz że uczestniczę w projekcie finansowanym za środków publicznych.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem Programu oraz klauzulą informacyjną RODO .
3. Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z Kadrami Programu.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez środek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg ( zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w celu realizacji Programu.
5. Wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne przetwarzanie, wykorzystywanie przez Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg, wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojego dziecka ( zdjęcia itp.) w celach upubliczniania tych danych za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z realizacją Programu.

**Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku o przyjęcie do Programu „Za życiem” są zgodne z prawdą.**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego składającego wniosek