

Głogów, dnia .....

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

.....  
(adres zamieszkania)

telefon .....

**Dyrektor  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Głogowie**

## **WNIOSEK**

**o objęciu dziecka zajęciami w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju  
na rok szkolny \_\_\_\_\_**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

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

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

.....  
(nazwa i adres placówki do której uczęszcza dziecko)

**Oświadczam, że moje dziecko nie korzysta z zajęć wczesnego wspomaganie w  
innej placówce.**

**Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z obowiązkiem informacyjnym  
dotyczącym przetwarzania danych osobowych.**

W imieniu obojga rodziców / opiekunów prawnych .....