****  zgłoszenie przyjęto dn. ………………………

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

Zajęcia w ramach realizacji zadań publicznych w zakresiedziałalności na rzecz osób niepełnosprawnych.

pn. „REHABILITACJA DZIECI I MłODZIEŻY Z AUTYZMEM”

KARTĘ WYPEŁNIAJĄ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE DZIECKA

*Karta powinna być wypełniona drukowanymi literami.*

Proszę o przyjęcie dziecka ............................................................. ur. dn. ....................... w …………...…………

 *( imię i nazwisko dziecka ) (nazwa miejscowości)*

na zajęcia prowadzone w ramach zadania publicznego realizowanego w terminie: 01.03.2017- 15.12.2017r.

Numer PESEL dziecka .........................................

**I. Dane o rodzinie dziecka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA** | **OJCIEC** |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |  |

**II. Wnioskuję następujące terapie:**

- grupowe………………………………………………………………………………………

- indywidualne ……………………………………………………………...............................

**III ZAŁĄCZAM** - aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka - *ksero*

 **IV. Oświadczenie**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, zawartych w niniejszym zgłoszeniu, w związku z prowadzeniem zajęć w ramach zadania publicznego realizowanego przez Fundację Autyzm Polska w Niepublicznym Terapeutycznym Punkcie Przedszkolnym „U Tygryska” w Białymstoku (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133, poz. 883).*

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

 ( podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

 Białystok dnia ……………………………..