

WNIOSEK O ORGANIZACJĘ WCZESNEGO WSPIERANIA ROZWOJU DZIECKA

Imię i nazwisko dzieckaData i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

PESEL dziecka nr telefonu kontaktowego

Imię i nazwisko matkiimię i nazwisko ojca

Miejsce zamieszkania rodziców

Nr i data wydania opinii o potrzebie wczesnego wspierania rozwoju dziecka.....

Warszawa, dn.

(Podpis, a w przypadku osoby
niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do odbioru mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

z Poradni Percepcja:

imię i nazwisko

Nr dowodu osobistego

1.
2.
3.

Warszawa, dn.

(Podpis, a w przypadku osoby
niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie Poradni PERCEPCJA przez moje dziecko po zakończonych zajęciach terapeutycznych. Właściwe podkreślić.
2. Zapoznałam/em się z regulaminami i zasadami panującymi w Poradni Percepcja i je akceptuję.
3. Oświadczam, że moje dziecko realizuje terapię na podstawie opinii WWRD tylko i wyłącznie w NPPP PERCEPCJA. Jeżeli dziecko zostanie wykazane przez inną placówkę terapeutyczną w ramach WWRD, zobowiązuję się do pełnego pokrycia kosztów odbytych zajęć terapeutycznych mojego dziecka w Poradni PERCEPCJA.

Warszawa, dn.

(Podpis, a w przypadku osoby
niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)