

## Załącznik1

.....  
Nazwisko i imię rodzica/

.....  
miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania rodzica

.....  
telefon

**Do Dyrekcji ZPSWR  
w Cieszynie  
ul. Wojska Polskiego 3**

### Podanie o przyjęcie do

**Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w Cieszynie**

Proszę o przyjęcie mojego syna/córki ..... do WOKRO działającego przy ZPSWR w Cieszynie na mocy porozumienia MEN-2017-DWK-1764 zawartego w dniu 28.11.2017r w Warszawie pomiędzy MEN a Powiatem Cieszyńskim.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego syna/córki..... w zakresie prowadzenia czynności w celu skierowania do WOKRO.

.....  
( podpis rodzica/)

### DANE OSOBOWE DZIECKA

Nazwisko .....

Imię .....

Drugie imię .....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko matki .....

Imię i nazwisko ojca .....

Adresy zamieszkania rodziców .....

Zakład pracy matki /prawnego opiekuna .....tel.....

Zakład pracy ojca / prawnego opiekuna .....tel.....

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor ZPSWR w Cieszynie, z siedzibą w Cieszynie przy ul. Wojska Polskiego 3. Podane dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w celu skierowania na zajęcia wczesnego wspomaganie w ramach WOKRO.

Osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.