

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA NA ZAJĘCIA WWRD W PPP17**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| TELEFON DO RODZICA/OPIEKUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| NUMER OPINII WWRD ORAZ PRZEZ JAKĄ PLACÓWKĘ ZOSTAŁA WYDANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| DIAGNOZA DZIECKA (Z JAKIEGO TYTUŁU OTRZYMAŁO OPINIĘ O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROZWOJU PROSZĘ ZAZNACZYĆ )<br><br><div><input type="checkbox"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ RUCHOWA<br/><input type="checkbox"/> AUTYZM<br/><input type="checkbox"/> ZESPÓŁ ASPERGERA<br/><input type="checkbox"/> NIEDOWIDZENIE<br/><input type="checkbox"/> NIEDOSŁYSZENIE<br/><input type="checkbox"/> NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA<br/><input type="checkbox"/> AFAZJA<br/><input type="checkbox"/> INNE .....</div> |
| CZY DZIECKO UCZĘSZCZA DO PRZEDSZKOLA? JEŻELI TAK PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ LUB NUMER PRZEDSZKOLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| INNE ISTOTNE INFORMACJE O DZIECKU (NP. CHODZI SAMODZIELNIE, JEST W PIELUSZCZE, NIE MÓWI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

PRZESŁANIE KARTY ZGŁOSZENIA NIE JEST RÓWNOZNACZNE Z DOSTANIEM SIĘ DZIECKA NA TERAPIĘ W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA W PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ NR 17 W WARSZAWIE. POSIEDZENIE ZESPOŁU SPECJALSTÓW ODBYWA SIĘ NA POČĄTKU WRZEŚNIA KAZDEGO NOWEGO ROKU SZKOLNEGO.