........................................................   
Miejscowość, data

..........................................................   
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

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

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

Adres zamieszkania

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

Numer telefonu

Dyrektor

Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego

dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych

im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o objęcie w ramach programu „Za Życiem” kompleksowym wsparciem mojego dziecka ………………………………..…………..

urodzonego dnia .................................w ………………………………………………..

PESEL………………………….. zamieszkałego ……………………………………   
…………………………………… w wiodącym ośrodku koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczym przy Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych im. Prof. Zofii Sękowskiej w Lublinie

od dnia……………………..….r.

...........................................  
Podpis rodzica



Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych w ramach programu „Za życiem” moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/danych osobowych mojego podopiecznego, zawartych we wniosku oraz w dołączonych do niego załącznikach w celu weryfikacji wniosku o objęcie wsparciem oraz jego realizacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 992) 