

Malbork, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko rodzica)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

Dyrektor  
Specjalnego Ośrodka  
Rewalidacyjno-Wychowawczego  
dla Dzieci i Młodzieży  
z Autyzmem w Malborku

Proszę o przyjęcie mojego dziecka .....  
.....urodzonego dnia ..... r.  
do Specjalnego Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży  
z Autyzmem w Malborku na zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w roku  
szkolnym ..... . W załączeniu przedstawiam opinię o potrzebie wczesnego  
wspomagania rozwoju dziecka.

Z poważaniem

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osobowych mojego dziecka  
zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2019.1781 t.j.) w  
zakresie niezbędnym do wydania decyzji.