**

**

*Załącznik nr 1 do Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia*

**REGULAMIN**

**WIODĄCEGO OŚRODKA KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**powołanego w Zespole Szkół im. UNICEF w Rzeszowie**

Podstawa prawna

1. Uchwała nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniająca uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. 2022 r. poz. 64).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno- rehabilitacyjno- opiekuńczych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1801).
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. 2017 r. poz. 1635).

**§ 1**  
**Wyjaśnienie pojęć użytych w Regulaminie**

1. **Program** – załącznik do uchwały Nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniającego uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. z 2022 r. poz. 64).
2. **Realizator Programu** – Zespół Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie.
3. **WOKRO** w Rzeszowie – Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy działający w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie.
4. **WWRD** – wczesne wspomaganie rozwoju dziecka.
5. **Regulamin** – niniejszy Regulamin.
6. **Uczestnik Programu** – osoba zakwalifikowana do udziału w Programie „Za Życiem” zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie.
7. **Dokumenty Rekrutacyjne** – Wniosek rodziców/ prawnych opiekunów o świadczenie usług związanych z organizacją i prowadzeniem zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   
   w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wraz z załącznikami.
8. **Koordynator Programu** – Dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie.
9. **Kadra Programu** – Koordynator Programu, terapeuci oraz inne osoby wskazane przez Koordynatora Programu.
10. **Zespół** – grupa specjalistów powołana przez Koordynatora Programu do pracy z dzieckiem. Na czele Zespołu stoi Koordynator.
11. **Indywidualny program kompleksowego wsparcia –** indywidualny program pracy z dzieckiem opracowywany przez zespół specjalistów określający cele rozwojowe ukierunkowane na poprawę funkcjonowania dziecka, bariery i ograniczenia utrudniające jego funkcjonowanie oraz sposoby ich eliminacji, rodzaje zajęć prowadzonych z dzieckiem a także zakres i formy wsparcia rodziny.

**§ 2**

**Informacje o programie**

1. Program kompleksowego wsparcia dla rodzin dla rodzin „Za życiem" jest realizowany przez Zespół Szkół im. UNICEF w Rzeszowie, ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów, wskazany na terenie Gminy Miasta Rzeszowa jako Wiodący Ośrodek Koordynacyjno - Rehabilitacyjno – Opiekuńczy na mocy Porozumienia Nr MEiN/2022/DWEW/1126 zawartego w dniu 14 kwietnia 2022 r. pomiędzy Ministerstwem Edukacji i Nauki a Prezydentem Miasta Rzeszowa.
2. Zespół Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie wykonuje działania w zakresie zadania 2.4 „Wieloaspektowa i kompleksowa pomoc niepełnosprawnemu dziecku w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole oraz jego rodzinie” Priorytetu II Programu.
3. Celem działania jest zapewnienie interdyscyplinarnego wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, umożliwiającego objęcie specjalistyczna opieką dziecka i jego rodziny.
4. Program realizowany jest w latach 2022-2026.
5. Zadanie jest finansowane z budżetu państwa w formie dotacji celowej.
6. Rodzice/ prawni opiekunowie zgłaszający dziecko do programu zobowiązani są do zapoznania się z niniejszym Regulaminem i przestrzegania jego zapisów.

**§ 3**

**Postanowienia ogólne**

1. **Regulamin określa zasady rekrutacji oraz uczestnictwa w Programie „Za życiem”.**
2. **Nabór uczestników prowadzony jest w sposób ciągły przez cały okres realizacji Programu do wyczerpania wolnych miejsc.**
3. **Programem mogą być objęte wyłącznie dzieci zamieszkałe na terenie miasta Rzeszowa.**
4. **Kwalifikacji uczestnika do Programu dokonuje Koordynator Programu lub osoba przez niego wyznaczona.**
5. **Osobie kwalifikującej się do uzyskania wsparcia przedstawione zostaną warunki uczestnictwa   
   w Programie, a jej dane zostaną umieszczone w dokumentacji.**

**§ 4**

**Szczegółowe zadania WOKRO**

1. Udzielanie rodzicom/ opiekunom specjalistycznej informacji dotyczącej problemów rozwojowych dziecka.
2. Wskazywanie właściwych dla dziecka i jego rodziny form kompleksowej i specjalistycznej pomocy.
3. Wskazywanie jednostki udzielającej specjalistycznej pomocy dzieciom.
4. Organizowanie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w wymiarze do 5 godzin tygodniowo dla danego dziecka, oraz – w zależności od potrzeb dziecka – dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów,
5. Koordynowanie korzystania z usług specjalistów dostępnych na obszarze Rzeszowa:
6. zbieranie i upowszechnianie informacji o usługach i świadczących je specjalistach,
7. prowadzenie akcji informacyjnych,
8. monitorowanie działań związanych z udzielaniem pomocy dzieciom i ich rodzin.

**§ 5.**

**Rekrutacja do Programu**

1. **Rekrutacja uczestników prowadzona jest w sposób ciągły przez cały okres realizacji Programu do wyczerpania wolnych miejsc.**
2. **Program skierowany jest do dzieci z niepełnosprawnością w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3 r.ż. zamieszkałych   
   i zameldowanych na terenie miasta Rzeszowa.**
3. **Uczestnicy Programu kwalifikowani są na podstawie złożonych dokumentów:**

* **pisemnego wniosku rodziców / opiekunów prawnych o świadczenie usług związanych**   
  z organizacją i prowadzeniem zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” *(Załącznik nr 1 do Regulaminu);*
* **kopii opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju wydanej przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną (oryginał do wglądu podczas składania dokumentów);**
* **zaświadczenie lekarskie o zagrożeniu niepełnosprawnością, tylko w przypadku braku opinii**   
  **o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka** *(Załącznik nr 2 do Regulaminu).*

Zaświadczenie takie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz pracujący w placówce finansowanej przez NFZ), który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

* kopii orzeczenia o niepełnosprawności, jeśli posiada i tylko w przypadku braku opinii   
  o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju;
* innej dokumentacji, o ile wnosi ona istotne informacje o uczestniku programu, mające wpływ na zakres udzielanego wsparcia *(*m.in. *Załącznik nr 3 do Regulaminu- rekomendacje terapeutów);*

1. **W pierwszej kolejności do objęcia wsparciem Programu są kwalifikowane dzieci posiadające opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, wydaną przez publiczną poradnię psychologiczno− pedagogiczną.**
2. **W miarę posiadania wolnych miejsc oraz dysponowania odpowiednimi zasobami kadrowymi   
   i możliwościami organizacyjnymi, do Programu mogą zostać zakwalifikowane dzieci ze względu na zagrożenie niepełnosprawnością. W takim przypadku kwalifikacja odbywa się na podstawie zaświadczenia lekarskiego stanowiącego** *Załącznik nr 2 do Regulaminu.*
3. W ramach uzyskiwania pomocy w WOKRO ustalone zostały następujące procedury postępowania rekrutacyjnego.
4. **Dzieci, u których zdiagnozowano poważne choroby lub niepełnosprawność, mające prawo do korzystania z pomocy w ramach Programu „Za życiem” i nie korzystające wcześniej z zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:**
5. kieruje się rodziców/ prawnych opiekunów do poradni psychologiczno- pedagogicznej właściwej ze względu na miejsce zamieszkania w celu uzyskania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka;
6. po uzyskaniu opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, rodzice/ opiekunowie prawni wybierają placówkę, w której organizowane są zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na podstawie przepisów prawa oświatowego;
7. jeżeli po okresie co najmniej jednego miesiąca od zorganizowania zajęć i opracowaniu Indywidualnego Programu Wczesnego Wspomagania, terapeuci, w porozumieniu   
   z rodzicami dziecka/ opiekunami prawnymi ustalają, że zachodzi potrzeba zorganizowania dla dziecka dodatkowych zajęć specjalistycznych w ramach WOKRO wówczas:

* terapeuci ośrodka, w którym dziecko realizuje WWRD na mocy przepisów oświatowych wydają rekomendację do dodatkowych zajęć specjalistycznych wraz   
  z uzasadnieniem *(Załącznik nr 3 do Regulaminu);*
  + rodzice/ prawni opiekunowie występują do WOKRO z wnioskiem w tej sprawie *(Załącznik nr 1 do Regulaminu)*, dołączając rekomendację specjalistów pracujących   
    z dzieckiem. Do wniosku należy dołączyć kopie opinii o potrzebie WWRD wraz   
    z Arkuszem Obserwacji oraz Indywidualnego Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka, a także orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego oraz orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dziecko posiada),;
  + Koordynator Programu analizuje zasadność wniosku oraz powołuje zespół realizujący zajęcia dodatkowe w ramach WOKRO, wyznacza koordynatora oraz określa okres wskazany do realizacji dodatkowych zajęć specjalistycznych w ramach WOKRO;
  + rodzice zostają poinformowani o sposobie realizacji dodatkowych zajęć specjalistycznych, w ramach skoordynowanej opieki nad dzieckiem i jego rodziną oraz o możliwości wsparcia w jednostkach udzielających pomocy dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzinom na terenie miasta Rzeszowa.

1. **Dzieci, u których zdiagnozowano niepełnosprawność, korzystające w ramach przepisów oświatowych z zajęć wczesnego wspomagania rozwoju na terenie ZSS im. UNICEF   
   w Rzeszowie:**
2. mogą mieć zorganizowane zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO na podstawie wniosku złożonego w ZSS im. UNICEF w Rzeszowie przez rodziców/ opiekunów prawnych wraz z rekomendacją terapeutów WWRD, pod opieką których dziecko wcześniej przebywało *(Załączniki nr 1 i 3 do Regulaminu);*
3. Koordynator Programu analizuje zasadność wniosku i powołuje zespół specjalistów, realizujących dodatkowe zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO, wyznacza koordynatorów dla poszczególnych podopiecznych w celu zapewnienia skoordynowanej opieki, na podstawie ewaluacji Arkusza Obserwacji i Indywidualnych Programów Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka (przygotowanych przez zespoły realizujące te zajęcia w ramach przepisów oświatowych);
4. Koordynator Programu wyznacza okres, w którym realizowane będą dodatkowe zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO.
5. **Dzieci, u których zdiagnozowano niepełnosprawność, korzystające w ramach przepisów oświatowych z zajęć wczesnego wspomagania rozwoju na terenie innych placówek   
   w Rzeszowie niż ZSS im. UNICEF:**
6. mogą mieć zorganizowane zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO na podstawie wniosku złożonego w ZSS im. UNICEF w Rzeszowie przez rodziców/ opiekunów prawnych wraz z rekomendacją terapeutów WWRD, pod opieką których dziecko wcześniej przebywało. *(Załączniki nr 1 i 3 do Regulaminu)*. Do wniosku Rodzice dołączają kserokopię opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, kopię Arkusza Obserwacji i Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju sporządzonego w placówce dotychczas realizującej zajęcia, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego oraz orzeczenie o niepełnosprawności − jeśli dziecko posiada;
7. Koordynator Programu analizuje zasadność wniosku i powołuje zespół specjalistów, realizujących dodatkowe zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO, wyznacza koordynatorów dla poszczególnych podopiecznych w celu zapewnienia skoordynowanej opieki, na podstawie ewaluacji Arkusza Obserwacji i Indywidualnych Programów Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka (przygotowanych przez zespoły realizujące te zajęcia w ramach przepisów oświatowych);
8. Koordynator Programu wyznacza okres, w którym realizowane będą dodatkowe zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO.
9. **Dzieci zagrożone niepełnosprawnością i niepełnosprawne, które nie były objęte wcześniej zajęciami wczesnego wspomagania rozwoju, ani stałymi, systematycznymi innymi zajęciami specjalistycznymi:**
   1. mogą mieć zorganizowane zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO na podstawie zaświadczenia lekarskiego oraz wniosku złożonego w ZSS im. UNICEF w Rzeszowie przez rodziców/ prawnych opiekunów *(Załączniki nr 1 i 2 do Regulaminu)*;
   2. Koordynator Programu analizuje zasadność wniosku i powołuje zespół specjalistów, realizujących dodatkowe zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO, wyznacza koordynatorów dla poszczególnych podopiecznych w celu zapewnienia skoordynowanej opieki;
   3. powołany przez Koordynator Programu zespół specjalistów w ramach realizowanych zajęć **dokona wielospecjalistycznej diagnozy wg wybranego, standaryzowanego narzędzia** dziecka w czasie nie dłuższym niż 60 dni i pomoże rodzicom w podjęciu kroków niezbędnych do uzyskania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju   
      w poradni psychologiczno- pedagogicznej właściwej ze względu na miejsce zamieszkania dziecka;
   4. Koordynator Programu wyznacza okres, w którym realizowane będą zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO na czas niezbędny do uzyskania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka;
   5. jeżeli po okresie co najmniej jednego miesiąca od zorganizowania zajęć WWRD   
      w ramach przepisów oświatowych i opracowaniu Indywidualnego Programu Wczesnego Wspomagania, terapeuci w placówce realizującej te zajęcia, w porozumieniu z rodzicami dziecka ustalają, że zachodzi potrzeba zorganizowania dla dziecka ponownie dodatkowych zajęć specjalistycznych w ramach WOKRO wówczas mają zastosowanie procedury zawarte w punkcie 2 lub 3 w zależności od decyzji rodziców/ opiekunów odnośnie miejsca realizacji zajęć WWRD na mocy przepisów oświatowych.
10. **Dla każdego uczestnika Programu prowadzona jest oddzielna teczka zawierająca:**

* **dokumenty złożone przez rodziców/ prawnych opiekunów podczas kwalifikowania dziecka do Programu;**
* Indywidualny program kompleksowego wsparcia oraz jego ewaluacje i modyfikacja w razie potrzeby *(Załącznik nr 4 do Regulaminu);*
* Ocenę postępów dziecka objętego kompleksowym wsparciem w ramach Programu „Za życiem” opracowywana przez zespół specjalistów dwa razy w roku do 31 maja i 30 listopada *(Załącznik nr 5 do Regulaminu);*
* inną dokumentację, o ile wnosi ona istotne informacje o uczestniku programu, mające wpływ na zakres udzielanego wsparcia (dodatkowa dokumentacja medyczna, dodatkowe opinie);
* dzienniki zajęć specjalistycznych.

1. **Dzieci, które spełniają wymagane kryteria, ale nie zostały zakwalifikowane do Programu, zostaną umieszczone na liście rezerwowej i w razie możliwości będą rekrutowane w kolejnych latach.**
2. **Zgłoszenia do Programu można składać w siedzibie Zespołu Szkół Specjalnych im. UNICEF   
   w Rzeszowie przy ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów.**

**§ 6.**

**Przebieg Programu**

1. Dziecku zakwalifikowanemu do uczestnictwa w Programie przyznaje się łącznie do 5 godzin zajęć wczesnego wspomagania rozwoju tygodniowo.
2. Zajęcia z dzieckiem i jego rodziną realizują specjaliści przygotowani do realizacji zajęć   
   z dzieckiem niepełnosprawnym i zagrożonym niepełnosprawnością oraz jego rodziną. Zespół specjalistów jest powoływany przez Koordynatora Programu *(Załącznik nr 6 do Regulaminu).*
3. Każde dziecko objęte zajęciami w ramach Programu ma przydzielonego Koordynatora Zespołu, który jest odpowiedzialny za organizację i realizację procesu terapeutycznego oraz prawidłowy obieg dokumentów.
4. Zajęcia prowadzone z dzieckiem i jego rodziną dokumentowane są w dzienniku zajęć specjalistycznych *(Załącznik nr 7 do Regulaminu).*
5. W trakcie trwania Programu dla rodziców/ prawnych opiekunów organizuje się spotkania konsultacje przy czym ich łączny wymiar nie może przekroczyć 15 % ogółu godzin zrealizowanych w danym roku.
6. Dwa razy w roku (do 31 maja i 30 listopada) specjaliści dokonują oceny postępów dziecka (*Załącznik nr 5 do Regulaminu)* . Na tej podstawie zespół w uzgodnieniu z rodzicami/ prawnymi opiekunami podejmują decyzję o kontynuacji lub zaprzestaniu wsparcia.
7. Realizacja świadczonych usług w ramach Programu odbywa się od poniedziałku do piątku   
   w godzinach ustalonych z rodzicami/ prawnymi opiekunami, w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka i jego rodziny, w godzinach pracy ZSS im. UNICEF w Rzeszowie. Zajęcia nie odbywają się w dni wolne od nauki, wynikające z organizacji pracy szkół i placówek (tj. przerw świątecznych, ferii i wakacji).
8. Zajęcia specjalistyczne w ramach WOKRO realizowane są na terenie Zespołu Szkół im. UNICEF w Rzeszowie lub w lokalu/siedzibie Wykonawcy wyłonionego podczas Zamówienia Publicznego.

W szczególności:

1. Lokal, w którym odbywać będą się zajęcia z Programu musi być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych zgodnie z ich niepełnosprawnością.
2. Lokalizacja lokalu/lokali, w których odbywać będą się zajęcia z Programu musi mieścić się na terenie miasta Rzeszowa.
3. Gabinet musi być wyposażony w standardowe umeblowanie składające się z:

* biurka,
* krzeseł,
* mebli dostosowanych do potrzeb pracy z małym dzieckiem,
* zabawek edukacyjnych,
* regału,
* miejsca przeznaczonego do pracy na podłodze,
* pomocy dydaktycznych i urządzeń niezbędnych do prowadzenia zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka,
* specjalistycznego sprzętu terapeutycznego o ile taki jest wymagany do realizacji zajęć.

W wyjątkowych przypadkach, z uwagi na stan zdrowia dziecka, za zgodą Koordynatora Programu zajęcia mogą odbywać się w hospicjum lub domu rodzinnym dziecka jeśli do prowadzenia zajęć nie jest niezbędny specjalistyczny sprzęt.

1. WOKRO nie jest zobowiązany do odpracowania zajęć wynikających z nieobecności dziecka.
2. W przypadku nieobecności specjalisty, powodującej brak realizacji dwóch kolejnych zajęć,   
   w ramach Programu, jest on zobowiązany do ustalenia nowych terminów zajęć dla dziecka.

**§ 7.**

**Prawa i obowiązki uczestnika Programu**

1. Obowiązki uczestnika Programu.
2. Udział w formach wsparcia w Programie, do których został zakwalifikowany. Obecność dziecka na zajęciach jest każdorazowo odnotowywana przez specjalistę w dzienniku zajęć specjalistycznych oraz potwierdzana podpisem rodzica/ prawnego opiekuna.
3. Frekwencja dziecka poniżej 75% organizowanych zajęć specjalistycznych jest podstawą do wyłączenia uczestnika z Programu.
4. Rodzic/ prawny opiekun zobowiązany jest do zgłoszenia planowanej nieobecności na zajęciach najpóźniej 2 dni robocze przed terminem wizyty. Nieobecności niespodziewane należy zgłaszać niezwłocznie do specjalisty, u którego dziecko nie będzie obecne na zajęciach.
5. W sytuacji, gdy nieobecność dziecka przedłuża się, rodzic/ prawny opiekun zobowiązany jest do informowania Koordynatora Programu oraz Koordynatora Zespołu.
6. Brak kontaktu ze strony rodzica/ prawnego opiekuna przy nieobecności dziecka dłuższej niż jeden miesiąc oznacza rezygnację z zajęć.
7. W przypadku gdy dziecko wymaga zastosowania procedur medycznych, rodzic/ prawny opiekun zobowiązany jest do pozostania na terenie wskazanego miejsca realizacji zajęć w ramach WOKRO podczas trwania zajęć z dzieckiem. Rodzic/ prawny opiekun zapewnia dziecku opiekę podczas przebywania na korytarzu i w toalecie. Specjaliści nie mogą w nieuprawniony sposób realizować procedur wykraczających poza ich kompetencje (np. medycznych).
8. Bieżące informowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na udział i zakwalifikowanie dziecka do Programu.
9. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do skreślenia uczestnika Programu z listy uczestników w przypadku naruszenia Regulaminu.
10. Prawa uczestnika Programu.
11. Bezpłatny udział we wszystkich formach przydzielonego w ramach Programu wsparcia.
12. Korzystanie ze spotkań i konsultacji dla rodziców/ prawnych opiekunów organizowanych przez specjalistów pracujących z dzieckiem.
13. Otrzymywanie informacji o Programie.
14. Zgłaszanie uwag i ocen form wsparcia przewidzianych w Programie.
15. Możliwość osobistego kontaktu z Kadrą Programu przez cały okres jego trwania.
16. Możliwość zawieszenia zajęć na czas hospitalizacji lub nieobecności związanej ze stanem zdrowia dziecka, po okresie którego dziecko może trafić na zajęcia innego specjalisty lub może mieć zajęcia w innych godzinach. Decyzję o zawieszeniu zajęć podejmuje Koordynator Programu, w miarę możliwości w porozumieniu z rodzicami i przekazuje ją rodzicom pisemnie.

**§ 7.**

**Dokumentacja prowadzona przez Zespół w ramach realizacji Programu**

Wzory obowiązujących druków stanowią następujące załączniki do niniejszego Regulaminu:

*Załącznik nr 1* Wniosek rodziców / opiekunów prawnych o świadczenie usług związanych   
z organizacją i prowadzeniem zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, wraz   
z oświadczeniem o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych

*Załącznik nr 2* Zaświadczenie lekarskie

*Załącznik nr 3* Rekomendacje terapeutów prowadzących zajęcia z dzieckiem poza WOKRO

*Załącznik nr 4* Indywidualny program kompleksowego wsparcia

*Załącznik nr 5* Ocena postępów dziecka objętego kompleksowym wsparciem w ramach Programu „Za życiem”

*Załącznik nr 6* Powołanie Zespołu do realizacji dodatkowych zajęć specjalistycznych

*Załącznik nr 7* Dziennik zajęć specjalistycznych

*Załącznik nr 8* Harmonogram realizacji zajęć w ramach Programu „Za życiem”

**§ 8.**

**Postanowienia końcowe**

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 19 marca 2024 r.
2. W przypadku wątpliwości związanych z interpretacją Regulaminu, interpretacji wiążącej dokonuje Koordynator Programu.
3. Realizator Programu zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w niniejszym Regulaminie.

…………………….…………………………….

*Dyrektor ZSS im. UNICEF – Koordynator Programu*

**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)





*Załącznik nr 1 do Regulaminu WOKRO*

**Wniosek rodziców / opiekunów prawnych o świadczenie usług związanych   
z organizacją i prowadzeniem zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”**

Zadanie finansowane z budżetu państwa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe dziecka programu** | **Nazwisko:** | | |
| **Imię:** | | |
| **Data urodzenia:** | **Pesel:** | |
| **Adres zamieszkania dziecka** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** |
| **Kod pocztowy:** | **Miejscowość:** | |
| **Dane osobowe  i kontaktowe rodziców/prawnych opiekunów dziecka** | **Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów:** | | |
| **Telefon komórkowy/stacjonarny:** | | |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail):** | | |
| **Dokumenty uprawniające do korzystania z pomocy WOKRO**  (zaznaczyć dokumenty dołączone do wniosku) | * Opinia o wczesnym wspomaganiu rozwoju nr ……………………………………….…...   z dnia …………………….… wydana przez …………………...…...………….…….……  ……………………………………………………………………………………………….   * Zaświadczenie lekarskie zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 2-4 Ustawy „Za życiem”  z dnia …………………….… wydane przez …………………………………………….… ………………………………………………………………………………………………. * Orzeczenie o niepełnosprawności z dnia …………………….… wydane przez ………...…   ………………………………………………………………………………………………. | | |
| **Informacja  o dotychczasowych formach pomocy dziecku - WWRD** | Dziecko realizuje zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju (właściwe zakreślić) | | |
| □TAK | □NIE | |
| Zajęcia realizowane w ramach opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (4-8 godz. w miesiącu):   * aktualne miejsce realizacji zajęć …………………………………………………………… …............................................................................................................................................ * rodzaj realizowanych zajęć (wpisać nazwę i wymiar godzin):   ………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………… | | |
| **Inne realizowane zajęcia specjalistyczne  (np. przez MOPS, hospicjum, fundacje, stowarzyszenia, placówki prywatne, inne)** | 1. ……………………………………………………………………………………………..   (nazwa instytucji )  ............................................... w wymiarze ............................. w ………………………….  (rodzaj zajęć ) (podać liczbę godzin) (okres: tyg, m-c)   1. ……………………………………………………………………………………………..   (nazwa instytucji )  ............................................... w wymiarze ............................. w ………………………….  (rodzaj zajęć ) (podać liczbę godzin) (okres: tyg, m-c)   1. ……………………………………………………………………………………………..   (nazwa instytucji )  ............................................... w wymiarze ............................. w ………………………….  (rodzaj zajęć ) (podać liczbę godzin) (okres: tyg, m-c) | | |

Zwracam się z prośbą o przyznanie mojemu dziecku dodatkowych zajęć terapeutycznych w ramach programu ,,Za życiem”. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam się z Regulaminem Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczego powołanego w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie.

……….………………………………………………………………………………………………………………

*data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka*

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH ZGODNIE Z RODO – OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**

Na podstawie Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: „RODO”) informujemy, że:

1. **Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana (Pani/Pana dziecka) danych osobowych, jest Zespół Szkół Specjalnych im. UNICEF, ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów**,** reprezentowany przez Dyrektora Zespołu.

1. **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:**

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest poprzez adres e-mail: [iod3@erzeszow.pl](mailto:iod1@erzeszow.pl) lub pisemnie na adres administratora danych.

1. **Cele i podstawy prawne przetwarzania danych:**
2. Pani/Pana (Pani/Pana dziecka) dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań wynikających z realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na podstawie Uchwały nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniająca uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. 2022 r. poz. 64), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno- rehabilitacyjno- opiekuńczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1712), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. 2017 r. poz. 1635), ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, oraz ustawy z dnia 7 września 1991 o systemie oświaty, w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c) oraz/lub art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze.
3. **Odbiorcy danych osobowych:**

Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

1. **Okres przechowywania danych osobowych:**

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Przysługuje Pani/Panu ma prawo do:

1. dostępu do danych osobowych i ich poprawiania (sprostowania) – na zasadach przewidzianych w art. 15 i 16 RODO,
2. żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym) – na zasadach przewidzianych w art. 17 RODO),
3. ograniczenia przetwarzania danych osobowych – na zasadach przewidzianych w art. 18 RODO,
4. wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji uznania, że podczas przetwarzania Pani/Pana danych osobowych Administrator naruszył przepisy RODO.
5. **Inne informacje:**

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

……….………………………………………………………………………………………………………………

*data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka*

**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)





*Załącznik nr 2 do Regulaminu WOKRO*

................................................................. ………….. dnia ………..…………r.

nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4 Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wparciu kobiet w ciąży i ich rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) oraz art. 47 ust 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późń. zm.)

…………………………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię dziecka

…………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia

…………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)

…………………………………………………………………………………………………

Zamieszkała(y)

**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie/nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu \*, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.**

……………………………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza

\*Właściwe podkreślić

****Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



**

*Załącznik nr 3 do Regulaminu WOKRO*

**REKOMENDACJA ZESPOŁU TERAPEUTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA   
Z DZIECKIEM W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA**

**W** ……………………………………………………

**Imię i nazwisko dziecka** ...........................................................................................................................

**Data i miejsce urodzenia** ........................................................................................................................

**Rozpoznanie:** …………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE REALIZOWANE W RAMACH WWRD(typ zajęć, liczba godzin   
w miesiącu, rozpoczęto terapię):

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

INNE ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE, także w placówkach prywatnych (typ zajęć, liczba godzin   
w miesiącu, rozpoczęto terapię). Jeśli dziecko nie korzysta należy przekreślić:

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**REKOMENDACJA TERAPEUTÓW PROWADZĄCYCH:**

Wnioskujemy o przyznanie zajęć terapeutycznych w ramach Programu *Za życiem* w wymiarze ...........................godzin w tygodniu.

Uwzględniając opiekę terapeutyczną, którą dziecko jest objęte obecnie, możliwości psychofizyczne dziecka (w zakresie potrzeb oraz wydolności i podatności na stymulację dziecka), potrzeby oraz możliwości rodziny (także w zakresie organizacyjnym) wskazane jest objęcie dziecka opieką przez następujących terapeutów (podać sugerowany wymiar godzin zajęć z terapeutą o danej specjalności):

…....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................................

**UZASADNIENIE** (proszę uzasadnić potrzebę objęcia proponowanym rodzajem terapii oraz proponowaną liczbę godzin z uwzględnieniem możliwości psychofizycznych dziecka):

**Psycholog:**…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Pedagog – specjalista** (oligofrenopedagog, tyflopedagog, surdopedagog, terapeuta autyzmu, inny specjalista ………………………………… – właściwe podkreślić):

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Logopeda:** …............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Fizjoterapeuta:**

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Inne:**

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Rzeszów, dnia.............................. ….........................................................

pieczątka i podpis

……………………………………………….

pieczęć instytucji wystawiającej rekomendacje

****Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



**

*Załącznik nr 4 do Regulaminu WOKRO*

**Indywidualny program kompleksowego wsparcia**

………………………………...................................... ……………………………

*imię i nazwisko dziecka data opracowania Programu*

|  |  |
| --- | --- |
| Cele rozwojowe ukierunkowane na poprawę funkcjonowania dziecka oraz sposób ich realizacji |  |
| Bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie dziecka  w życiu codziennym oraz sposoby ich eliminowania |  |
| Rodzaje zajęć prowadzonych w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka  w Programie „Za życiem” |  |
| Zakres i formy wsparcia rodziny dziecka |  |

……….………………………………………………………………………………………………………………

*podpisy specjalistów prowadzących zajęcia*

****Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



**

*Załącznik nr 5 do Regulaminu WOKRO*

**Ocena postępów dziecka objętego kompleksowym wsparciem   
w ramach Programu „Za życiem”\***

………………………………......................................

*imię i nazwisko dziecka*

………………………………......................................

*numer powołania zespołu*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj przyznanych zajęć** | **Nazwisko specjalisty** | **Ilość godzin w tygodniu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Opis terapii, postępów dziecka i współpracy z rodziną\***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……….………………………………………………………………………………………………………………

*data i podpis koordynatora zespołu*

\*Ocena postępów opracowywana jest dwa razy w roku do 31 maja i 30 listopada.

****Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



**

*Załącznik nr 6 do Regulaminu WOKRO*

**POWOŁANIE ZESPOŁU WYKONUJĄCEGO DODATKOWE USŁUGI SPECJALISTYCZNE**

**w ramach realizacji zadań Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno - Opiekuńczego**

**działającego przy Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

**Projekt „Za życiem”**

**nr ………………..**

Działając na podstawie:

* Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2021 r. , poz. 1915 z późn.zm.);
* Uchwała nr 189 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniająca uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. 2022 r. poz. 64).
* Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowych zadań wiodących ośrodków koordynacyjno- rehabilitacyjno- opiekuńczych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1801).
* Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. 2017 r. poz. 1635)

na wniosek Rodziców/prawnych opiekunów dziecka oraz na podstawie opinii nr ………………. z dnia …………... o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka wydanej przez …………. w ……...……………

**powołuję zespół wykonujący dodatkowe zajęcia specjalistyczne dla dziecka:**

**…………………………**

**/***imię i nazwisko dziecka/*

**……………………………..**

*/data urodzenia/*

# ………………………………….

*/adres rodziców/*

**Skład zespołu, liczba i rodzaj zajęć na okres od ………………….. do …………………… :**

1. ………………. - ……… godz./tydz. – ………………………….
2. ………………. - ……… godz./tydz. – ………………………….

Na **koordynatora** zespołu wyznaczam **……………..**.Dodatkowe usługi specjalistycznew ramach działalności Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego odbywają się w wymiarze ………. godzin   
w tygodniu, zgodnie z przydziałem zaznaczonym przy nazwisku. Poprzez dodatkowe usługi specjalistyczne zespół wspierać będzie realizację zaleceń wydanych przez PPP nr … w Rzeszowie w opinii nr …………………….. z dnia …………. . Rodzice mogą zgłaszać wszelkie uwagi do koordynatora zespołu ……………..……., wicedyrektora mgr Barbary Kawy (tel. 0 17 748 31 68) lub bezpośrednio do dyrektora szkoły mgr Jadwigi Greszty (tel. 0 17 748 31 64).

…………………………………………………………………

*podpis Koordynatora Projektu*

Do wiadomości:   
1) Rodzice/prawni opiekunowie

2) a/a

****Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



**

*Załącznik nr 7 do Regulaminu WOKRO*

**DZIENNIK DODATKOWYCH ZAJĘĆ SPECJALISTYCZNYCH   
W RAMACH PROJEKTU „ZA ŻYCIEM”  
 NA LATA 2022-2026**

**rok 2024**

**Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………..**

**Koordynator zespołu zgodnie powołaniem nr ……………**

**……………………………………………**

**Projekt finansowany ze środków budżetu państwa**

**DANE OSOBOWE DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| Data, miejsce urodzenia |  |
| Imiona, nazwiska rodziców |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Kontakt do rodziców (telefon, e-mail, adres do korespondencji) |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka przez Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy działający przy Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie w ramach realizacji zadań przewidzianych w programie „Za życiem”. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem działalności WOKRO.  ...……………………….. ………………………………..  *(data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)* | |

**ORGANIZACJA DODATKOWYCH ZAJĘĆ SPECJALISTYCZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej oraz numer opinii |  |
| Liczba godzin zajęć tygodniowo |  |
| Miejsce prowadzenia zajęć | ZSS im. UNICEF, hospicjum, dom rodzinny |
| Numer dokumentu powołania zespołu przez Dyrektora |  |
| Skład zespołu realizującego dodatkowe zajęcia specjalistyczne w ramach programu „Za życiem” | 1. ……………………… 2. ……………………… 3. ……………………… 4. ……………………… |
| Zajęcia odbywają się (podać nazwę zajęć, dni tygodnia, godzina np. 12.30-13.30)   1. ……………………………………………………………………………………… 2. ……………………………………………………………………………………… 3. ……………………………………………………………………………………… 4. ……………………………………………………………………………………… 5. ……………………………………………………………………………………… 6. ……………………………………………………………………………………… | |

**REALIZACJA ZAJĘĆ: miesiąc** ………………………………………

Imię i nazwisko dziecka …………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data ……………………………. | Czas  od-do | Przebieg zajęć/usprawniania/ćwiczenia | Podpis specjalisty |
|  |  |  |
| Liczba godzin |
|  |
| Ocena funkcjonowania i aktywności dziecka: | | |
| Wskazówki dla rodziców/ćwiczenia do wykonywania: | | |
| Data ……………………………. | Czas  od-do | Przebieg zajęć/usprawniania/ćwiczenia | Podpis |
|  |  |  |
| Liczba godzin |
|  |
| Ocena funkcjonowania i aktywności dziecka: | | |
| Wskazówki dla rodziców/ćwiczenia do wykonywania: | | |

****Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



**

*Załącznik nr 8 do Regulaminu WOKRO*

**Harmonogram realizacji zajęć w ramach Programu „Za życiem”**

**w okresie od ………….. do…………… 20…roku**

………………………………......................................

*imię i nazwisko dziecka*

………………………………......................................

*numer powołania zespołu*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj przyznanych zajęć** | **Nazwisko specjalisty** | **Miejsce realizacji zajęć/ sala** | **Dzień tygodnia i godzina zajęć (od- do)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……….…………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………

*miejscowość i data pieczęć i podpis Wykonawcy*