Zgłoszenie na zajęcia **terapii EEG Biofeedback**

w roku szkolnym 2024/2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imię i nazwisko dziecka | |  |
| data urodzenia i PESEL | | data ur.: |\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  *(dzień – miesiąc – rok)*  PESEL: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| adres zamieszkania | |  |
| telefon kontaktowy (obowiązkowo) | |  |
| adres mailowy (opcjonalnie) | |  |
| szkoła i klasa | |  |
| godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych | poniedziałek |  |
| wtorek |  |
| czwartek |  |
| czy dziecko posiada opinię psychologiczną? | | ❑ tak ❑ nie |
| uzasadnienie / powód zgłoszenia *(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)* | |  |
| czy w ubiegłym roku szkolnym dziecko brało udział w terapii Biofeedback? | | ❑ tak (kontynuacja zajęć z poprzedniego roku)  ❑ nie (nowe zgłoszenie) |

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć terapeutycznych w Poradni P­P nr 10 (ul. Wrzeciono 24), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego  
i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO)

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

(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie telefonicznie lub na adres mailowy o wynikach rekrutacji na zajęcia  
oraz na kontaktowanie się tą drogą z prowadzącym w trakcie trwania terapii

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

(podpis osoby składającej zgłoszenie)

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacjami dotyczącymi kwalifikacji i terapii dostępnymi na stronie *ppp10.waw.pl* w zakładce *Terapia EEG Biofeedback* i zobowiązuję się dostarczyć **badanie EEG/QEEG**,  
jako warunek do zakwalifikowania na terapię.

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

(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)