Zgłoszenie na zajęcia **terapii Metodą Warnkego**

w roku szkolnym 2022/2023

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka | |  |
| Data urodzenia i PESEL | | data ur.: |\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  *(dzień – miesiąc – rok)*  PESEL: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Szkoła i klasa | |  |
| Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych | poniedziałek |  |
| wtorek |  |
| środa |  |
| czwartek |  |
| piątek |  |
| Telefon kontaktowy (obowiązkowo) Adres mailowy (opcjonalnie) | |  |
| Powód zgłoszenia *(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)* | | Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? ❑ tak ❑ nie |
| Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia | |  |

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 *Oferta / Terapia metodą Warnkego.*

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

(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)