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 P-P 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)