Zgłoszenie na zajęcia **terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne)** w roku szkolnym **2024/2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| imię i nazwisko dziecka | |  |
| data urodzenia | | |\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  (dzień – miesiąc – rok) |
| PESEL i adres zamieszkania (tylko w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni) | | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| przedszkole/szkoła i klasa | | **placówka klasa** |
| godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych dziecka  (w nawiasach podane są godziny pracy terapeuty) | wtorek (8-12) |  |
| środa (16-20) |  |
| czwartek (12-16) |  |
| piątek (12-16) |  |
| telefon kontaktowy  adres mailowy (opcjonalnie) | |  |
| powód zgłoszenia *(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności - tylko dla nowych pacjentów)* | |  |
| nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia | |  |
| czy dziecko posiada opinię psychologiczną? | | ❑ tak ❑ nie |

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 regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie *ppp10.waw.pl*w zakładce *Terapia ręki*.

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

(podpis osoby składającej zgłoszenie)