

Zgłoszenie na zajęcia terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne) w roku szkolnym 2021/2022

Imię i nazwisko dziecka		
data ur.: _ _ - _ _ - _ _ _ _ (dzień – miesiąc – rok)		
PESEL i adres zamieszkania (tylko w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni): <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div>		
Przedszkole/Szkoła i klasa		
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	Terapeuta prowadzi w tym dniu inne formy terapii
	wtorek	
	środa	
	czwartek	
	piątek	
Telefon kontaktowy Adres mailowy (opcjonalnie)		
Powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>		
Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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 2016r.(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 regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie ppp10.waw.pl w zakładce *Terapia pedagogiczna*.

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)