

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania - ulica)

.....
(adres zamieszkania – miejscowość, kod pocztowy)

.....
(telefon kontaktowy, ew. adres e-mail)

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 10
ul. Wrzeciono 24
01-963 Warszawa**

WNIOSEK O TERAPIĘ PSYCHOLOGICZNĄ

Wnioskuje o **objęcie terapią psychologiczną indywidualną/konsultację w sprawie terapii*** :

1. imię i nazwisko dziecka
2. data i miejsce urodzenia
3. PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
4. adres zamieszkania
5. adres przedszkola / szkoły, klasa
6. uzasadnienie wniosku
7. Czy dziecko było badane? **TAK / NIE / TAK, W INNEJ PLACÓWCE ***

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka do domu po zajęciach. / Odbiorę dziecko osobiście. / Zapewnię opiekę na czas powrotu do domu. *

W sytuacji, gdy dziecko przychodzi samo na zajęcia terapeutyczne, wymagane jest by rodzice kontrolowali jego obecność na spotkaniach i wymieniali informacje z terapeutą o zachodzących u dziecka zmianach. Nieobecność na zajęciach zgłasza rodzic.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r., o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 10 w Warszawie, ul. Wrzeciono 24.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się, rozumiem i akceptuję „Regulamin wewnętrzny korzystania z psychoterapii w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 10 w Warszawie”.

.....
(podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r., poz 199).

* - właściwe podkreślić