

## Zgłoszenie na zajęcia **terapii EEG Biofeedback** w roku szkolnym 2017/2018

Imię i nazwisko dziecka			
Data urodzenia i PESEL		data ur.:      _ _ - _ _ - _ _ _ _  <i>(dzień – miesiąc – rok)</i>	
		PESEL:      _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adres zamieszkania			
Telefon kontaktowy (obowiązkowo) Adres mailowy (opcjonalnie)			
Szkoła i klasa			
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek		
	wtorek		
	środa		
	czwartek		
	piątek		
Uzasadnienie / Powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy w ubiegłym roku szkolnym dziecko brało udział w terapii Biofeedback?		<input type="checkbox"/> Tak (kontynuacja zajęć z poprzedniego roku) <input type="checkbox"/> Nie (nowe zgłoszenie)	

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 ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że o wynikach kwalifikacji dowiem się osobiście u osoby prowadzącej w jej godzinach pracy.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacjami dotyczącymi kwalifikacji i terapii dostępnymi na stronie [ppp10.waw.pl](http://ppp10.waw.pl) w zakładce *Terapia EEG Biofeedback*.

.....  
(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)