Zgłoszenie na zajęcia **terapii pedagogicznej** w roku szkolnym 2018/2019

Imię i nazwisko dziecka				
Data urodzenia		|__|__|−|__|__|−|__|__|__|__| (dzień – miesiąc – rok)		
PESEL *(proszę podać w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni)*		|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		
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)*				
Dodatkowe pytania		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? ❑ tak ❑ nie Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia:		
Rodzaj zgłoszenia *(proszę podać nazwisko prowadzącego zajęcia w poprzednim roku szkolnym)*		❑ mgr Benita Wolska	❑ mgr Katarzyna Bronikowska	❑ w ubiegłym roku szkolnym uczeń nie korzystał z zajęć

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, podpis osoby składającej zgłoszenie)

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie telefonicznie i/lub e-mailowo o wynikach rekrutacji na zajęcia oraz na kontaktowanie się ze mną w celach organizacyjnych ww. drogami w trakcie trwania terapii.

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

Oświadczam, że zapoznałem(am) się regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie *ppp10.waw.pl* w zakładce *Terapia pedagogiczna*.

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