Zgłoszenie na zajęcia **terapii pedagogicznej** w roku szkolnym 2017/2018

Imię i nazwisko dziecka		
Data urodzenia i PESEL		data ur.: |__|__|−|__|__|−|__|__|__|__| *(dzień – miesiąc – rok)* PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
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)*		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? ❑ tak ❑ nie
Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia		
Kontynuacja zajęć *(proszę podać nazwisko prowadzącego zajęcia w poprzednim roku szkolnym)*		❑ mgr Benita Wolska ❑ inny pedagog (mgr B. Zboińska, mgr M. Wieczorek)
Nowe zgłoszenie		❑ w ubiegłym roku uczeń nie korzystał z zajęć

❑ **Wyrażam zgodę** na umieszczenie danych mojego dziecka (nazwisko i imię, szkoła, klasa) na liście wywieszonej na terenie Poradni. Wynik kwalifikacji odczytam z listy.

❑ **Nie wyrażam zgody** na umieszczenie danych mojego dziecka na liście wywieszonej na terenie Poradni. O wynikach kwalifikacji dowiem się osobiście u osoby prowadzącej w jej godzinach pracy.

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

. . . . . .

(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)