

Zgłoszenie na zajęcia **terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne)** w roku szkolnym 2017/2018

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

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

Nie wyrażam zgody na umieszczenie danych mojego dziecka na liście wywieszanej 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)