

Zgłoszenie na zajęcia **terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne)** w roku szkolnym 2018/2019

Imię i nazwisko dziecka		
Data urodzenia		_ _ - _ _ - _ _ _ _ (dzień – miesiąc – rok)
PESEL <i>(proszę podać w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni)</i>		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Przedszkole/Szkoła i klasa		
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	Terapeuta prowadzi w tym dniu inne formy terapii
	wtorek	
	środa	
	czwartek	
	piątek	
Telefon kontaktowy Adres mailowy (opcjonalnie)		
Powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>		
Dodatkowe pytania		<p>Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia:</p>

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)