Zgłoszenie na zajęcia **terapii EEG Biofeedback** w roku szkolnym 2023/2024

Imię i nazwisko dziecka		
Data urodzenia i PESEL		data ur.: |__|__|−|__|__|−|__|__|__|__| *(dzień – miesiąc – rok)* PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy (obowiązkowo) Adres mailowy (opcjonalnie)		
Szkoła i klasa		
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	
	wtorek	
	czwartek	
Uzasadnienie / Powód zgłoszenia *(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)*		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? ❑ tak ❑ nie
Czy w ubiegłym roku szkolnym dziecko brało udział w terapii Biofeedback?		❑ Tak (kontynuacja zajęć z poprzedniego roku) ❑ 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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.(ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO)

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

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie telefonicznie lub na adres mailowy o wynikach rekrutacji na zajęcia oraz na kontaktowanie się tą drogą z prowadzącym w trakcie trwania terapii

. . . . . .
(podpis osoby składającej zgłoszenie)

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

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