

## Zgłoszenie na zajęcia **terapii EEG Biofeedback** w roku szkolnym 2022/2023

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

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć terapeutycznych w Poradni PP 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 i podpis osoby składającej zgłoszenie)

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie telefonicznie lub na adres mailowy o wynikach rekrutacji na zajęcia oraz 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](http://ppp10.waw.pl) w zakładce *Terapia EEG Biofeedback*.

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