

Zgłoszenie na zajęcia **terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne)** w roku szkolnym 2022/2023

Imię i nazwisko dziecka		
Data urodzenia		_ _ - _ _ - _ _ _ _ (dzień – miesiąc – rok)
<u>Tylko w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni - PESEL i adres zamieszkania</u>		PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		adres zamieszkania:
Przedszkole/Szkoła i klasa		Placówka: _____ klasa: _____
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych (godziny pracy terapeuty)	poniedziałek	Zarezerwowany dla treningów BFB
	Wtorek (8-12)	
	Środa (16-20)	
	Czwartek(12-16)	
	Piątek(12-16)	
Telefon kontaktowy Adres mailowy (opcjonalnie)		
Powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>		
Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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 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)