

Zgłoszenie na zajęcia **terapii EEG Biofeedback** w roku szkolnym 2024/2025

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
czy dziecko posiada opinię psychologiczną?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
uzasadnienie / powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>	
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 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 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* i zobowiązuję się dostarczyć **badanie EEG/QEEG**, jako warunek do zakwalifikowania na terapię.

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