

Zgłoszenie na zajęcia **terapii Metodą Warnkego** w roku szkolnym 2025/2026

imię i nazwisko dziecka		
data urodzenia i pesel		data ur.: _ _ - _ _ - _ _ _ _ (dzień – miesiąc – rok) PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
szkoła i klasa		
godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	
	wtorek	
	środa	
	czwartek	
	piątek	
telefon kontaktowy (obowiązkowo)		
adres mailowy (opcjonalnie)		
powód zgłoszenia <i>(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)</i>		Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? ☐ tak ☐ nie
nazwisko psychologa, pedagoga kierującego / diagnozującego ucznia		

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 regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie Poradni P-P nr 10.
(dostępny w zakładce oferty terapii Metodą Warnkego)

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