

Zgłoszenie na zajęcia **terapii pedagogicznej** 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 kierującego / diagnozującego ucznia		
Kontynuacja zajęć (<i>proszę podać nazwisko prowadzącego zajęcia w poprzednim roku szkolnym</i>)		☐ mgr Jolanta Załóg ☐ mgr Katarzyna Bronikowska
Nowe zgłoszenie		☐ w ubiegłym roku uczeń nie korzystał z zajęć

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 regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie Poradni (w zakładce oferty Terapia pedagogiczna).

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