Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 10
ul. Wrzeciono 24, 01-963 Warszawa
www.ppp10.waw.pl, 22 835 03 48, sekretariat.ppp10@eduwarszawa.pl | sekretariat@ppp10.waw.pl

Warszawa, dnia . . . . . .

. . . . . .
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

. . . . . .
(adres zamieszkania - ulica)

. . . . . .
(adres zamieszkania – miejscowość, kod pocztowy)

. . . . . .
(telefon kontaktowy, ew. dodatkowo adres e-mail)

Dane osobowe (imię, nazwisko, adres) proszę wpisać wielkimi (DUŻYMI) literami

WNIOSEK
o przyjęcie dziecka na zajęcia **terapii ręki**

1. Dane dziecka:
   a. imię i nazwisko dziecka . . . . . .
   b. data i miejsce urodzenia . . . . . .
   c. PESEL |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
   d. adres zamieszkania . . . . . .
   . . . . . .
   e. nazwa i adres przedszkola / szkoły, oznaczenie klasy . . . . . .
   . . . . . .
2. Uzasadnienie wniosku (powód zgłoszenia do poradni / opis trudności dziecka):
   . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .
3. Czy dziecko było wcześniej badane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej?
   *TAK, w tej poradni / TAK, ale w innej poradni / NIE, nie było badane **
4. Jeśli dziecko posiada diagnozę, proszę <u>podkreślić</u> odpowiednie:
   autyzm / Zespół Aspergera / ADHD
   ryzyko dysleksji/ dysleksję głęboką / dysleksję rozwojową / dysortografię / dysgrafię
   ryzyko dyskalkulii/ dyskalkulię / zaburzenia przetwarzania słuchowego
   inną – jaką?.....

* - niepotrzebne skreślić

Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	Termin tylko dla treningów BFB
	wtorek	
	środa	
	czwartek	Termin tylko dla treningów BFB
	piątek	
Nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia		
Nowe zgłoszenie ❑		Kontynuacja zajęć ❑

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na samodzielny powrót dziecka do domu po zakończonych zajęciach i biorę na siebie pełną odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo i zachowanie oraz sposób powrotu do domu. W sytuacji, gdy dziecko przychodzi samo na zajęcia, wymagane jest by rodzice kontrolowali jego obecności na spotkaniach i wymieniali informacje z terapeutą o zachodzących u dziecka zmianach.

Nieobecność na zajęciach należy zgłaszać przed rozpoczęciem zajęć, a powtarzające się niezgłoszone nieobecności mogą skutkować wykreśleniem z listy uczestników warsztatów. Nieobecność zgłasza rodzic.

❑ 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

❑ Oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie *ppp10.waw.pl*

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 2016r.(ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO)

. . . . . .
(podpis osoby składającej zgłoszenie)

Wypełnia prowadzący zajęcia:……

Czy uczeń został przyjęty na zajęcia?

TAK / NIE

……
podpis prowadzącego zajęcia

* - niepotrzebne skreślić