Zgłoszenie na zajęcia **terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne)** w roku szkolnym **2024/2025**

imię i nazwisko dziecka		
data urodzenia		|__|__|–|__|__|–|__|__|__|__| (dzień – miesiąc – rok)
PESEL i adres zamieszkania (tylko w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni)		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| . . . .
przedszkole/szkoła i klasa		**placówka** **klasa**
godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych dziecka (w nawiasach podane są godziny pracy terapeuty)	wtorek (8-12)	
	środa (16-20)	
	czwartek (12-16)	
	piątek (12-16)	
telefon kontaktowy adres mailowy (opcjonalnie)		
powód zgłoszenia *(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności - tylko dla nowych pacjentów)*		
nazwisko psychologa kierującego / diagnozującego ucznia		
czy dziecko posiada opinię psychologiczną?		❑ tak ❑ nie

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 *ppp10.waw.pl* w zakładce *Terapia ręki*.

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