

Zgłoszenie na zajęcia terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne) w roku szkolnym 2025/2026

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 (12-16)	
	środa (16-20)	
	piątek (8-12)	
telefon kontaktowy adres mailowy (opcjonalnie)		
powód zgłoszenia (<i>proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności - tylko dla nowych pacjentów</i>)		
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)