

wpłynęło dnia  
nr.

Świnoujście, .....

## Zgłoszenie do terapii uwagi słuchowej metodą A.Tomatisa

### I DANE DZIECKA

Imię i nazwisko .....  
Data urodzenia .....Miejsce urodzenia.....  
PESEL .....  
Miejsce zamieszkania.....  
Typ i nr szkoły/przedszkola.....kl./gr. ....

### II DANE RODZICÓW

Imiona i nazwiska rodziców.....  
Numer telefonu .....  
E-MAIL .....

### II POWÓD I UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA:

dysfunkcje rozwojowe dziecka (tak/nie)	trudności wychowawcze (tak/nie)
trudności związane z aparatem mowy (tak/nie)	trudności emocjonalne (tak/nie)
trudności w nauce (tak/nie)	inne (opis zgłaszanych trudności)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dziecko posiada orzeczenie/opinię psychologiczno-pedagogiczną: NIE/TAK , dotyczy.....  
.....

### IV INFORMACJA DLA RODZICA

- zgłaszając dziecko na terapię metodą A.Tomatisa rodzic/opiekun prawny powinien być świadomy, iż zajęcia odbywają się codziennie (od poniedziałku do piątku) i trwają nie więcej niż 90min.
- ilość zajęć ( w tym etapów) jest dostosowywana dla każdego dziecka indywidualnie.
- plan lekcji dziecka (wraz z godzinami) można dołączyć do zgłoszenia lub wysłać drogą elektroniczną pod adres: [tomatis@poradnia.swinoujscie.pl](mailto:tomatis@poradnia.swinoujscie.pl)
- dwukrotna odmowa przyjęcia zaproponowanego terminu terapii jest jednoznaczna z rezygnacją.

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego