

wpłynęło dnia
nr

Świnoujście,

Zgłoszenie do terapii EEG BIOFEEDBACK

I DANE DZIECKA

Imię i nazwisko
Data urodzeniaMiejsce 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

- zajęcia odbywają się 1 raz w tygodniu;
- ilość zajęć jest dostosowywana dla każdego dziecka indywidualnie;
- plan lekcji dziecka (wraz z godzinami) można dołączyć do zgłoszenia lub wysłać drogą elektroniczną pod adres: sekretariat@poradnia.swinoujscie.pl
- dwukrotna odmowa przyjęcia zaproponowanego terminu terapii jest jednoznaczna z rezygnacją.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego