Zgłoszenie na zajęcia **terapii Metodą Warnkego**

w roku szkolnym 2024/2025

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko dziecka |  |
| data urodzenia i pesel | data ur.: |\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|–|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| *(dzień – miesiąc – rok)*PESEL: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| szkoła i klasa |  |
| godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych | poniedziałek |  |
| wtorek |  |
| środa |  |
| czwartek |  |
| piątek |  |
| telefon kontaktowy (obowiązkowo) |  |
| adres mailowy (opcjonalnie) |  |
| powód zgłoszenia *(proszę wymienić i krótko opisać rodzaj trudności)* | Czy dziecko posiada opinię psychologiczną? ❑ tak ❑ nie |
| nazwisko psychologa, pedagoga kierującego / diagnozującego ucznia |  |

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)

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

(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 Poradni P-P nr 10. (dostępny w zakładce oferty terapii Metodą Warnkego)

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

 (data i podpis osoby składającej zgłoszenie)