

Zgłoszenie na zajęcia terapii ręki (zajęcia usprawniające funkcje grafomotoryczne) w roku szkolnym 2023/2024

imię i nazwisko dziecka		
data ur.:	_ _ - _ _ - _ _ _ _ (dzień – miesiąc – rok)	
PESEL i adres zamieszkania <u>(tylko w przypadku, gdy dziecko jest po raz pierwszy pacjentem naszej poradni)</u>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	
przedszkole / szkoła i klasa	placówka klasa	
godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	Zarezerwowany dla treningów BFB
	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?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 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 regulaminem kwalifikacji i terapii dostępnym na stronie ppp10.waw.pl w zakładce *Terapia pedagogiczna*.

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)