

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

Słomin,

.....
adres

.....
telefon kontaktowy

**WNIOSEK RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA/
O OBJĘCIĘ DZIECKA TERAPIĄ EEG BIOFEEDBACK W SZKOLE
PODSTAWOWEJ IM. WŁODZIMIERZA POTOCKIEGO W SĘKOCINIE**

Imię i nazwisko dziecka..... KLASA

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Zwracam się z prośbą o objęcie dziecka terapią EEG Biofeedback. Zauważone problemy*:

- zaburzenia koncentracji uwagi
- zaburzenia procesów uczenia się (np. dzieci mające specyficzne potrzeby edukacyjne: dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia)
- zaburzenia rozwoju psychomotorycznego wieku dziecięcego
- zaburzenia zachowania u dzieci
- zaburzenia mowy
- zaburzenia nastroju
- inne problemy (wpisać jakie)

Terapia zalecona przez poradnię psychologiczno- pedagogiczną lub lekarza* TAK NIE

.....
Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

**właściwe podkreślić*

Do zakwalifikowania dziecka do terapii Biofeedback wymagane są:

Badanie EEG z opisem od lekarza neurologa dziecięcego (wykonane nie wcześniej niż pół roku przed rozpoczęciem terapii). Warunkiem przyjęcia na terapię jest prawidłowy zapis EEG i zakwalifikowanie przez lekarza neurologa do terapii Biofeedback.

Pisemna zgoda rodziców na terapię.

Wyrażam zgodę na umieszczenie danych mojego dziecka (nazwisko i imię, szkoła, klasa) na liście dzieci zakwalifikowanych na trening EEG Biofeedback w SP w Sękocinie.

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć - trening EEG Biofeedback w SP 185, (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałam/- em się regulaminem kwalifikacji i treningu EEG Biofeedback (dostępny na stronie internetowej szkoły).

.....
Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

