



ZGŁOSZENIE NA TERAPIĘ EEG BIOFEEDBACK

<u>Wypełnia pracownik Poradni</u>
Termin, godzina.....
Termin, godzina.....
Osoby badające.....

<u>Wypełnia pracownik Poradni</u>
Wpłynęło dnia:.....
Nr rej.....
Nr w archiwum:.....
Podpis

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL.....

Imiona i nazwiska rodziców.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Szkoła/przedszkole..... klasa.....

Czy wcześniej korzystano z pomocy (np. pedagoga, psychologa, logopedy)?

Jeśli tak, to w jakim czasie, kto udzielał pomocy?.....

.....

Czy dziecko jest pod opieką lekarza, poradni specjalistycznej?

.....

Zgodnie z *Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych* (Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn. zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Śremie

.....
(data zgłoszenia)

.....
(podpis rodziców, prawnych opiekunów)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

Wniosek musi być wypełniony i podpisany przez opiekuna prawnego dziecka. Pełnoletni uczeń wypełnia wniosek samodzielnie.