

Data zgłoszenia .....

**Wniosek o badanie**  
procesów integracji sensorycznej dziecka  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia dziecka: .....

PESEL dziecka: .....

Adres zamieszkania dziecka: .....

Szkoła lub przedszkole: .....

Klasa lub grupa w przedszkolu: .....

Telefon: .....

Rozpoznanie medyczne (diagnoza: ADHD, autyzm lub inne), jeśli jest postawione .....

.....

Czy dziecko posiada wydaną wcześniej Ocenę rozwoju procesów integracji sensorycznej?

Jeżeli tak proszę podać datę i nazwę placówki, która przeprowadzała diagnozę:

.....

.....

Czy dziecko aktualnie uczęszcza na terapię SI? Jeżeli tak proszę podać nazwę placówki:

.....  
.....  
Potwierdzam zgodność powyższych danych .....

(data i podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka dla celów PPP w Łosicach (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.)

#### **Załączniki**

1. Kopia Oceny rozwoju procesów integracji sensorycznej