

Data zgłoszenia

Wniosek
o terapię metodą integracji sensorycznej
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:

Imiona i nazwiska rodziców lub prawnych opiekunów:

.....

Tel. do rodziców/ prawnych opiekunów:

Czy dziecko posiada **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:

.....
.....

Czy dziecko uczęszczało wcześniej na terapię SI? Jeżeli tak proszę podać okres oraz nazwę placówki:

.....
.....

Główne aktualne trudności dziecka:

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

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
2. Zaświadczenie od lekarza neurologa o braku przeciwwskazań do terapii