

WNIOSEK

O ZAKWALIFIKOWANIE DZIECKA NA ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE

W ROKU SZKOLNYM .....

| Dane prawnych opiekunów                                |                 |                    |                |     |
|--|-----------------|--------------------|----------------|-----|
|  | Imię i Nazwisko | Adres zamieszkania | Nr telefonu    |     |
| Matka  |                 |                    |                |     |
| Ojciec   |                 |                    |                |     |
| Dane dziecka   |                 |                    |                |     |
| LP   | Imię i Nazwisko | Adres zamieszkania | Data urodzenia |     |
|  |                 |                    |                |     |
| Szkoła do jakiej uczęszcza dziecko:                    |                 |                    | klasa          |     |
|  |                 |                    |                |     |
| Dziecko posiada dokumentację kwalifikującą na zajęcia: |                 |                    |                |     |
| TAK  |                 | NIE                |                |     |
| WNOSKUJĘ O OBJĘCIE TERAPIĄ:                            |                 |                    |                |     |
| psychologiczną   |                 |                    | TAK            | NIE |
| pedagogiczną   |                 |                    | TAK            | NIE |
| logopedyczną   |                 |                    | TAK            | NIE |
| Ogólnorozwojową z elementami SI                        |                 |                    | TAK            | NIE |
| Biofeedback  |                 |                    | TAK            | NIE |

Data i podpis rodzica

Oświadczam, że (drugi rodzic) ojciec/ matka dziecka nie wnosi sprzeciwu odnośnie uczęszczania dziecka na terapię.

Data i podpis rodzica