

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W BEŁCHATOWIE

97-400 Bełchatów, ul. Czapliniecka 96

tel.: 44 632 28 74

Bełchatów, dnia

PESEL dziecka/ucznia/osoby pełnoletniej

Numer telefonu do kontaktu z rodzicem

e-mail.....

WNIOSEK

rodziców/opiekunów prawnych/ pełnoletniego ucznia o objęcie dziecka/ucznia terapią/pomocą
psychologiczno-pedagogiczną

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Nazwa przedszkola/szkoły/placówki.....

klasa/wiek dziecka

Proszę zaznaczyć odpowiednią formę terapii/pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

- ☐ terapia psychologiczna
- ☐ terapia logopedyczna
- ☐ terapia pedagogiczna
- ☐ terapia Biofeedback¹
- ☐ terapia integracji sensorycznej
- ☐ terapia metodą Tomatisa²
- ☐ terapia Wernkego
- ☐ terapia ręki
- ☐ grupowa terapia rozwijająca kompetencje emocjonalno-społeczne „TUSIAKI”
- ☐ zajęcia grupowe dla uczniów klas 0 – „Przedszkolne ABC”

Imię i nazwisko ojca /opiekuna prawnego..... podpis

Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego..... podpis

Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia podpis

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, niżej podpisany/a,

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: oświadczam, że podczas trwania i
terapii mojego dziecka:..... pozostanę na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

Każdorazowe opuszczenie Poradni będzie zgłaszane do specjalisty prowadzącego terapię.

Zostałem/am poinformowany/a, że moja obecność w budynku Poradni ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa dziecka
oraz możliwość szybkiego kontaktu w razie potrzeby.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

^{1/2} Do wniosku o objęcie dziecka/ucznia terapią Biofeedback, Tomatisa należy dołączyć zaświadczenie od lekarza neurologa o
braku przeciwwskazań do objęcia tą formą pomocy.