

# Z g ł o s z e n i e

do Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krośnie  
na terapię:

- psychologiczną
- logopedyczną
- pedagogiczną, w tym: zajęcia korekcyjno – kompensacyjne
- rehabilitację ruchową
  
- inne zajęcia o charakterze terapeutycznym:
  - terapia ręki
  - SI ( integracja sensoryczno – motoryczna)
  - terapia Biofeedback
  - zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno - społeczne

**Imię i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia:** .....

PESEL.....Obywatelstwo .....

Data urodzenia:..... Miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania: .....

Nazwa przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko/pełnoletni uczeń: .....

Oddział przedszkolny/klasa .....

Adres przedszkola/szkoły/placówki: .....

**Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna:**                      **Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna:**

Adres zamieszkania: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefony kontaktowe: .....

**Powód zgłoszenia:** .....

**Stan zdrowia dziecka/ ucznia:** .....

Czy dziecko/ uczeń był badany w MPPP w Krośnie / kiedy?/ .....

Czy dziecko/ uczeń był objęty terapią w MPPP w Krośnie / jaką?, kiedy? / .....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz.922).*

*Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka i podpisując niniejsze zgłoszenie reprezentuję zgodną wolę obojga rodziców /nie dotyczy pełnoletniego ucznia/.*

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

**Zalączę:**

- wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich
- opinia nauczycieli, wychowawców, specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu/szkole/placówce
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/pełnoletniego ucznia
- inne dokumenty, jakie? .....