

Formularz zgłoszenia dziecka na terapię SI

Imię i nazwisko dziecka..... Data urodzenia

Telefon kontaktowyadres e-mail.....

Przedszkole/szkoła.....

1. Czy diagnoza procesów integracji sensorycznej została przeprowadzona w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 1?

tak

nie

Data wykonania diagnozy.....

2. Kto wykonał diagnozę? (imię i nazwisko terapeuty).....

3. Realizacja zaleceń z opinii po diagnozie SI. Czy dziecko odbyło konsultacje u wymienionych specjalistów np.: okulista, ortoptysta, ortopeda itp.?

tak

nie

Jeśli tak, prosimy o dołączenie kserokopii zaświadczenia o odbytym badaniu/konsultacji.

4. Czy dziecko uczęszczało wcześniej na terapię SI? Jeśli tak, to gdzie?

.....
.....

5. Czy aktualnie dziecko uczęszcza na terapię SI? Jeśli tak, to gdzie?

.....
.....

6. Czy dziecko ma Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? Jeśli tak to z jakiego powodu?

.....

data wydania orzeczenia.....

Na podstawie art. 13. Ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) informujemy iż powyższe dane zbierane są wyłącznie na potrzeby procesu kwalifikacji dziecka na zajęcia terapii SI. Odbiorcą tych danych osobowych będą pracownicy poradni.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Dziecko zostało/nie zostało zakwalifikowane do terapii SI

Terapeutka..... dzień..... godzina.....

Powód negatywnej kwalifikacji.....

(wypełnia terapeutka po rekrutacji)