

## Formularz zgłoszeniowy dziecka na terapię SI

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia .....

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna .....

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.....

.....  
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)