

Formularz zgłoszeniowy 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 jak długo i gdzie?

.....

.....

5. Czy aktualnie dziecko uczęszcza na terapię SI? Jeśli tak, to jak długo i 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)