

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE
METODĄ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ (SI)**

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania dziecka

Szkoła i klasa do której dziecko uczęszcza

Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych dziecka
.....

Adres zamieszkania rodziców/ opiekunów prawnych
.....

Telefon kontaktowy

1. Dziecko aktualnie uczęszcza na terapię SI *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

TAK – (nazwa placówki)
w okresie od (data rozpoczęcia terapii)..... do

NIE

2. Dziecko uczęszczało wcześniej na terapię SI *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

TAK – (nazwa placówki)
w okresie od (data rozpoczęcia terapii)..... do

NIE

3. Dziecko posiada opinię / orzeczenie publicznej Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej ze wskazaniem do terapii integracji sensorycznej
(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

TAK *(proszę o załączenie kopii opinii/ orzeczenia)*

NIE

4. Główne, aktualne trudności dziecka związane z zaburzeniami sensorycznymi:

.....
.....
.....
.....

.....

(data i podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z procesem rekrutacji na zajęcia integracji sensorycznej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....

(data i podpis rodziców/ opiekunów prawnych)