

<i>Pieczętka wpływu</i>
Adnotacje pracownika sekretariatu
Nr kart indywidualne.....

Odpowiedzialny:

Koło ,dnia:

**Wniosek o objęcie dziecka terapią w
Poradni Psychologiczno – Pedagogiczną w
Zespole Opiekuńczo – Edukacyjno – Wychowawczym w Kole**

- ☐ **psychologiczną**
- ☐ **pedagogiczną**
- ☐ **logopedyczną**
- ☐ **w zakresie zaburzeń słuchu**
- ☐ **aparaturą BIOFEEDBACK***
- ☐ **integracji sensorycznej***

* (wymagane jest zaświadczenie lekarskie od lekarza neurologa o braku przeciwwskazań dot. prowadzenia terapii integracji sensorycznej oraz aparaturą Biofeedback)

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL

[illegible]

Data.....

Miejsce urodzenia:

Imiona rodziców i nazwisko :

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy do rodziców/opiekunów prawnych / pełnoletniego ucznia

[illegible]

Szkoła, przedszkole, placówka.....

.....
(nazwa , adres)

oddział przedszkolny / klasa.....

Czy dziecko / uczeń wcześniej korzystało z pomocy psychologiczno - pedagogicznej, logopedycznej (jeśli tak, to gdzie i kiedy):
.....

Gdzie obecnie dziecko objęte jest pomocą psychologiczno – pedagogiczną, w jakiej formie:

zajęć korekcyjno – kompensacyjnych, logopedycznych, terapii integracji sensorycznej, terapii biofeedback, terapii w zakresie przetwarzania słuchowego)? – właściwie podkreślić

Placówka realizująca formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej:
.....

Powód zgłoszenia:.....
.....
.....
.....

1. W pierwszej kolejności przyjmowane są dzieci z zesłorocznych list rezerwowych oraz te, które nie mają możliwości korzystania z terapii w szkole/ przedszkolu.
2. Drugim kryterium jest kolejność składanych zgłoszeń na dany rok szkolny.
3. Kolejny warunek: każde dziecko kwalifikowane jest w danym roku szkolnym na jeden rodzaj terapii (w przypadku pozostawania wolnych miejsc możliwe jest równoczesne kwalifikowanie na dwie formy wsparcia).
4. Nabór na dany rok szkolny dotyczy dzieci zapisanych od 01 do 20 września danego roku.
5. Rodzice dzieci, które w opinii terapeuty i zgodnie z planem terapii, będą kontynuować zajęcia zgłaszają ten fakt w Sekretariacie Poradni i składają nowy wniosek na kolejny rok szkolny.
6. Dzieci, które nie zostaną przyjęte na zajęcia terapeutyczne od 01 października danego roku szkolnego będą zapisywane na listy rezerwowe i sukcesywnie, w miarę możliwości przyjmowane w trakcie roku szkolnego.
7. Liczba miejsc na zajęcia terapeutyczne jest uzależniona od możliwości kadrowych i organizacyjnych Poradni.
8. Okres trwania terapii planuje się na okres od 6 miesięcy do 2 lat (decyduje terapeuta).
9. Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym, które zostały zakwalifikowane na terapię kontaktują się z sekretariatem poradni w ostatnim tygodniu sierpnia, w celu ustalenia terminarza zajęć.
10. Rodzice dzieci w wieku szkolnym, które zostały zakwalifikowane na terapię kontaktują się z sekretariatem poradni, w ciągu pierwszych 2 tygodni września, w celu ustalenia terminarza zajęć (po przeanalizowaniu planu zajęć szkolnych dziecka).
11. Zajęcia terapeutyczne organizowane w Poradni nie powinny koligować z zajęciami szkolnymi dzieci.
12. Brak potwierdzenia przez rodzica dziecka zakwalifikowanego do terapii skutkuje skreśleniem z listy i kwalifikowaniem kolejnego dziecka z listy rezerwowej.
13. Terapia w zakresie eliminowania specyficznych trudności w uczeniu się prowadzona jest dla dzieci do ukończenia szkoły podstawowej.
14. Rodzice dzieci uczęszczających na terapię pozostają w trakcie jej trwania na terenie Poradni.
15. Znacząca absencja dziecka na zajęciach terapeutycznych, ograniczająca jej skuteczność, skutkuje skreśleniem z listy uczestników terapii.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych (DZ.U z 2018, poz. 1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Zespole opiekuńczo – Edukacyjno – Wychowawczym Kole.

.....
Podpis rodzica / prawnych opiekunów
pełnoletniego ucznia