KARTA ZGŁOSZENIA NA ZAJĘCIA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W ROKU 2023/2024

Imię i nazwisko dziecka……Data urodzenia ……..……

Telefon kontaktowy……Adres e-mail do kontaktu ……..

Przedszkole/szkoła…….

1. Czy diagnoza procesów integracji sensorycznej została przeprowadzona w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 18? ..Tak/Nie

Jeśli tak- data wykonania diagnozy/numer wydanej opinii……

Jeśli nie- prosimy informacje, gdzie i kiedy została przeprowadzona diagnoza oraz o dołączenie kopii opinii do karty zgłoszenia (jeśli wcześniej nie przyniesiono jej do dokumentacji dziecka w poradni)

……

……

2. Realizacja zaleceń z opinii po diagnozie SI. Czy dziecko odbyło konsultacje u wymienionych specjalistów np.: okulista, ortoptysta, fizjoterapeuta, psycholog itp.? Tak/nie Jeśli tak, prosimy o dołączenie kserokopii zaświadczeń o odbytym badaniu/konsultacji

……

……

3. Czy dziecko uczęszczało/uczęszcza na terapię SI? Jeśli tak, to gdzie i przez jaki okres czasu, w jakim wymiarze godzinowym?

……

……

4. Czy dziecko ma Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? Jeśli tak to z jakiego powodu? Data i miejsce wydania orzeczenia

……..

……..

5. Uwagi dodatkowe na temat funkcjonowania dziecka:

……

……...

……

……

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 członkowie zespołu SI.

Oświadczam, że jestem rodzicem sprawującym władze rodzicielską nad dzieckiem/opiekun prawny

Data i podpis wnioskodawcy — data i podpis osoby przyjmującej

……. …….