……………………………….. Warszawa, dn……………..

 Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………………….

 telefon kontaktowy

……………………………………………..

 adres mailowy

**Wniosek rodzica/prawnego opiekuna**

**o kwalifikację do treningu EEG-Biofeedback**

 **w Szkole Podstawowej nr 357 w Warszawie**

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………klasa…………………….

Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mojego syna/mojej córki do treningu Biofeedback. Występują u niego/niej następujące problemy:

* zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci
* zaburzenia procesów uczenia się
* problemy z kontrolą emocji
* nadpobudliwość psychoruchowa

Terapia została zalecona przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną lub specjalistę TAK NIE

…………………………………………….

 *podpis rodzica/prawnego opiekuna*

do zakwalifikowania dziecka do terapii Biofeedback wymagane są:

* zaświadczenie od lekarza neurologa o braku przeciwwskazań do terapii Biofeedback ( wydane nie później niż pół roku przed złożeniem wniosku)
* wniosek rodzica

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem terapii Biofeedback (dostępny na stronie szkoły).

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji terapii Biofeedback w SP nr 357 w Warszawie (na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. Dz. U. z 2018r. poz.1000).

……………………………………………….

podpis rodzica/prawnego opiekuna