Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Żaganiu
68-100 Żagań
ul. Śląska 1
tel. (68) 477-29-00 fax (68) 477-29-00
e-mail pppzagan@wp.pl

Wniosek o przyjęcie na terapię

- pedagogiczną -psychologiczną -logopedyczną - rehabilitacyjną - biofeedback EEG

(podkreśl właściwe)

1.Nazwisko i imię dziecka: .....

2. Pesel dziecka/ lub seria i nr dokumentu potw. tożsamość).....

.....

3. Data i miejsce urodzenia dziecka: .....

4. Adres zamieszkania: .....

5. Nazwa szkoły,(przedszkola/placówki.....kl. .....

6. Imiona i nazwiska rodziców*(prawnych opiekunów)* dziecka.....

.....

7. Telefon domowy(kontaktowy).....

8. Powód zgłoszenia na terapię, diagnoza.....

.....

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)

Dziecko będzie dochodziło na terapię: *(podkreśl właściwe)*

- z opiekunem

- samodzielnie /jeżeli tak to:

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko uczęszczało samodzielnie.

Żagań, dn. .....

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)