

Wniosek o przyjęcia dziecka na zajęcia diagnozy i terapii metodą Warnkego w Szkole Podstawowej nr 20 im. Henryka Jordana w Jastrzębiu- Zdroju w roku szkolnym 20..../20...

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Szkoła:	
Klasa:	
Telefon kontaktowy 1. (matka/1. Opiekun):	
Telefon kontaktowy 2. (ojciec/ 2.opiekun):	
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych ucznia:	
	poniedziałek
	wtorek
	środa
	czwartek
	piątek
Uzasadnienie / powód zgłoszenia:	
Opinia psychologiczna z dnia:	
Pisemna zgoda lekarza neurologa z dnia:	
Inne uwagi	

1) Oświadczam, że zapoznałem(a)m się z regulaminem kwalifikacji na zajęcia diagnozy i terapii metodą Warnkego w Szkole Podstawowej nr 20 w Jastrzębiu-Zdroju (dostępnym na stronie internetowej szkoły w zakładce AKTYWNA TABLICA – EEGbiofeedback, Metoda Warnkego).

2) Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka
w zajęciach diagnozy i terapii metodą Warnkego

3) Podpisując wniosek, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć – Metoda Warnkego w SP 20 - zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA,;
PODPIS RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH.