

.....
(imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna)

.....
(miejsce i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

WNIOSEK do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej

RODZICA/ prawnego opiekuna/ O ZORGANIZOWANIE TERAPII EEG BIOFEEDBACK

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Imiona rodziców.....

Miejsce zamieszkania.....

Przedszkole/ Szkoła..... Klasa.....

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie terapii EEG Biofeedback. Dziecko ma problemy (właściwe podkreślić):

- zaburzenia koncentracji uwagi
- zaburzenia procesów uczenia się (np. dzieci mające specyficzne potrzeby edukacyjne: dysleksja, dysgrafia, dysortografia)
- zaburzenia rozwoju psychomotorycznego wieku dziecięcego
- zaburzenia zachowania u dzieci
- zaburzenia mowy
- zaburzenia nastroju
- inne problemy (wpisać jakie)

.....
Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

Do zakwalifikowania dziecka do terapii biofeedback wymagane są:

- Badanie EEG z opisem od lekarza neurologa dziecięcego (wykonane nie wcześniej niż pół roku przed rozpoczęciem terapii). Warunkiem przyjęcia na terapię jest prawidłowy zapis i zakwalifikowanie przez lekarza neurologa do terapii biofeedback.
- Osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumentację uzasadniającą wniosek, a zwłaszcza wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich (dotyczy dzieci nie znajdujących się pod opieką Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej). W przypadku braku takiej dokumentacji konieczne będzie przeprowadzenie badań psychologiczno-pedagogicznych z wywiadem dotyczącym historii życia dziecka.
- Pisemna zgoda rodziców na terapię.
- **O przyjęciu dziecka decyduje spełnienie w/w wymagań oraz kolejność zgłoszeń (z numerem telefonu). Ilość treningów uzależniona jest od głębokości zaburzenia, funkcjonowania dziecka, jego motywacji, stanu zdrowia, jednak przewiduje się nie mniej niż 20 treningów.**

Dziecko przychodzące na terapię powinno:

- być w wieku szkolnym (od 6 roku życia)

- być zdrowe
- mieć czystą głowę (umytą w dniu poprzedzającym terapię)
- systematycznie uczęszczać – 1 raz w tygodniu – w przypadku choroby dziecka prosimy o telefoniczne wyznaczenie nowego terminu, ponieważ skuteczność terapii zależy od jej systematyczności.

Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

.....

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Administratora danych osobowych, tj. przez Poradnię psychologiczno- pedagogiczną w Ostrowcu Św. ul. Żeromskiego 5 danych osobowych moich i mojego dziecka, członków mojej rodziny w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko którego jestem reprezentantem ustawowym.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość uzupełniania, uaktualniania oraz żądania sprostowania w razie stwierdzenia, że dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe oraz, że podanie danych jest dobrowolne.

Rozporządzenie MEN z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych

W dniu.....Zespół ds. Biofeedback dokonał analizy przedstawionej dokumentacji i zakwalifikował/ nie zakwalifikował dziecko do terapii EEG Biofeedback.

Kwalifikację do terapii dokonano w oparciu o Procedurę Regulującą Organizację Zajęć z Wykorzystaniem Metody Biofeedback.

Podpisy członków zespołu