



MENTOR



Prywatna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bielawie
ul. Wolności 105 | 58-260 Bielawa | nr tel. 74 833 13 77 | www.michalska.pl

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko klienta/rodziców/prawnych opiekunów
lub pełnoletniego ucznia)*
.....

.....
(adres zamieszkania rodziców/opiekunów
lub pełnoletniego ucznia)

**Prywatna Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
Mentor w Bielawie**

ZGODA NA TERAPIĘ EEG BIOFEEDBACK

Wyrażam zgodę na objęcie terapią EEG BIOFEEDBACK

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Szkoła/Przedszkole..... klasa.....

Miejsce zamieszkania

Nr telefonu kontaktowego.....

Uzasadnienie.....
.....

Dziecko/uczeń było/ nie było* przyjęte w tutejszej poradni w roku

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na zasięgnięcie opinii o moim dziecku w szkole/przedszkolu.
2. Termin terapii proszę podać*
 - na adres domowy
 - przez szkołę/przedszkole.

Załączniki (zaświadczenie lekarskie, opinia ze szkoły/przedszkola).....
.....

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na informowanie szkoły o przebiegu działań, udzielonej pomocy, o terminie spotkania (właściwe podkreślić).

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka/ucznia.

Oświadczam, że składam wniosek za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

.....
*(podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia
/za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego*