2025/2026

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna:..............................................................................

Adres zamieszkania:.....................................................................................................................

Nr kontaktowy.............................................................................................................................

*Zgodnie z obowiązującymi przepisami USTAWA z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe art. 127 pkt5, pkt 8* deklaruję iż moje dziecko*:*

.....................................................................................................................................................

imię i nazwisko dziecka

.....................................................................................................................................................

data urodzenia dziecka

posiadające opinię WWR Nr........................................................................................................

będzie realizowało w roku szkolnym .............................................................zajęcia z zakresu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **RODZAJ ZAJĘĆ** | **WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ****(WYPEŁNIA RODZIC)** | **PRZYZNANE ZAJĘCIA ILOŚĆ GODZ. W TYG./****SPECJALISTA** |
|  **1** | Terapia logopedyczna |  |  |
|  **2** | Terapia psychologiczna |  |  |
|  **3** | Terapia pedagogiczna |  |  |
|  **4** | Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym: |  |  |
| * Terapia SI
 |  |  |
| * Terapia metodą TOMATISA
 |  |  |
| * Terapia metodą

EEGbiofeedback |  |  |
| * Inne zajęcia:...........................
 |  |  |
|  **5** | Psychoedukacja rodziców |  |  |

prowadzone przez: ZESPÓŁ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA W PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W KOŁOBRZEGU. Jednocześnie oświadczam, iż moje dziecko nie korzysta w innej placówce z zajęć w ramach WWR.

 **..............................................................**

 data i podpis rodzica/opiekuna prawnego