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