…………………………………………….. Warszawa, dn………………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy

………………………………………………

Telefon kontaktowy

**Wniosek rodzica/ prawnego opiekuna o kwalifikację**

**do treningu Neurofeedback**

**W 78 Liceum Ogólnokształcącym im. M. Pawlikowskiej- Jasnorzewskiej w Warszawie**

Imię i nazwisko ucznia………………………………………………………………. Klasa………………………………..

Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mojego syna/ córki do treningu Neurofeedback (Biofeedback). U mojego dziecka występują następujące problemy:

- zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci

- zaburzenia procesów uczenia się

- nadpobudliwość psychoruchowa

Terapia została zalecona przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną lub innego specjalistę: TAK NIE

……………………………………………………..

(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

Do zakwalifikowania dziecka do terapii wymagane są :

- zaświadczenie od lekarza neurologa o braku przeciwskazań do terapii Neurofeedback (nie starsze niż 6 miesięcy przed złożenie wniosku)

- wniosek rodzica

Oświadczam, ze zapoznałem się z regulaminem terapii Biofeedback

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanei danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji terapii Neurofeedback w 78LO w Warszawie (na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku, Dz.U z 2018 poz. 1000)