……..
data

# WNIOSEK O TERAPIĘ
## psychologiczną/ pedagogiczną/ logopedyczną/ sensoryczną/ rehabilitację dziecka w wieku przedszkolnym/ szkolnym[1]

**I CZĘŚĆ -** wypełnia Rodzic dziecka

1. Imię i nazwisko dziecka……
2. Data urodzenia/PESEL…….
3. Adres zamieszkania……..
4. Imiona i nazwiska rodziców……
5. Telefon kontaktowy/e-mail……..
6. Przedszkole/ szkoła, gdzie uczęszcza dziecko

   …….
7. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności

   ☐ TAK ☐ NIE
8. Czy dziecko posiada opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej

   ☐ TAK ☐ NIE
9. Uzasadnienie wniosku:

……
……
……
……
……
……
……

Załączona dokumentacja /badania lekarskie, wcześniejsze badania psychologiczne, pedagogiczne, opinia nauczycieli, oceny szkolne:

……
……
…….
…….

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie opinii o dziecku w przedszkolu/ szkole przez CWR NPPP w Dzierżoniowie

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez uprawnionych pracowników CWR NPPP zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych. Dz. U. Nr 133 poz. 883.

podpis rodzica

[1] Niepotrzebne skreślić

**II CZĘŚĆ –** wypełnia przedszkole/ szkoła[1]

1. Powód zgłoszenia dziecka do poradni:

1) trudności wychowawcze:……..
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2) trudności w opanowaniu pisania i czytania
……
……
……....
3) leworęczność, obniżony poziom prac ręcznych
……
……
……....
4) trudności w odwzorowywaniu……....
5) tempo pracy…….
6) zaburzenia mowy……
7) inne przyczyny ……....

2. Środowisko rodzinne (kontakty dziecka z rodziną, zaspokajanie potrzeb dziecka)
……
……
……
……
……..

3. Zainteresowania, uzdolnienia:
.....
.....
.....
.....

4. Stan zdrowia dziecka ……
……
…….....

podpis wychowawcy

[1] Niepotrzebne skreślić