

**PROCEDURA KWALIFIKOWANIA UCZNIÓW  
NA TRENING SŁUCHOWY NEUROFLOW ATS  
W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 2 IM. J. KOCHANOWSKIEGO W ZĄBKACH,  
UL. BATOREGO 11**

1. Na Trening słuchowy Neuroflow ATS mogą uczęszczać uczniowie klas 0-VIII Szkoły Podstawowej nr 2 im. J.Kochanowskiego w Ząbkach przy ul. Batorego 11.
2. Treningiem mogą być objęci uczniowie, którzy:
  - posiadają zalecenie do ww. treningu po badaniu w kierunku zaburzeń przetwarzania słuchowego,
  - posiadają aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do terapii, wydane przez lekarza specjalistę.
3. Zapisy na trening:
  - o uczestnictwie ucznia w treningu decyduje zespół specjalistów (terapeuta Neuroflow ATS, nauczyciel wspomagający ucznia i/lub wychowawca, pedagog specjalny) oraz Dyrektor szkoły, na podstawie przedstawionej przez Rodzica dokumentacji, przeprowadzonego wywiadu i obserwacji ucznia podczas lekcji i zajęć dodatkowych,
  - rodzic/opiekun prawny ucznia wypełnia dokumentację znajdującą się w załączniku.

**PROCEDURA PRZEPROWADZANIA TRENINGU NEUROFLOW ATS**

1. Trening słuchowy Neuroflow ATS ma charakter indywidualny.
2. Terapia obejmuje każdorazowo 1 etap treningowy czyli 24 moduły; każdy moduł trwa 25-30 min.
3. Na spotkaniu z rodzicami /prawnym opiekunem ucznia:

Terapeuta:

- zapoznaje rodziców/prawnego opiekuna z założeniami treningu i informuje na czym on polega oraz zapoznaje z zasadami uczestnictwa ucznia w treningu,
- przeprowadza wywiad dotyczący dziecka (załącznik nr 2).

Rodzic /prawny opiekun:

- potwierdza akceptację zasad przez złożenie podpisu i wypełnienie oświadczenia (załącznik nr 1),
- jest zobowiązany do wypełnienia kwestionariusza diagnostycznego i ankiety objawów,
- jest zobowiązany do przyjęcia zaplanowanych przez terapeutę terminów spotkań dostosowanych do planu lekcji ucznia,
- w trakcie trwania terapii, jest zobowiązany do informowania o nieobecności dziecka, co na mniej dzień przed planowanym treningiem.

4. Przed rozpoczęciem treningu terapeuta dokonuje diagnozy Neuroflow, na podstawie której zostanie przygotowany moduł treningowy dla danego ucznia.

5. Po wykonaniu zapisu terapeuta dokonuje analizy i przedstawia wynik badania wraz z opisem rodzicowi/opiekunowi prawnemu.

6. Po ukończeniu modułu zostaje przeprowadzona rediagnoza, na podstawie której zespół specjalistów wraz z Dyrektorem szkoły podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu treningu.

Załącznik Nr 1

.....  
(data i miejscowość)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....

Rodzic/opiekun prawny .....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
telefon kontaktowy rodzica/prawnego opiekuna dziecka

.....  
data urodzenia dziecka

.....  
klasa

wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w treningu słuchowym Neuroflow ATS w roku szkolnym .....i akceptuję przedstawione zasady uczestnictwa.

Jednocześnie zobowiązuje się dostarczyć od lekarza specjalisty zaświadczenie, iż nie ma przeciwwskazań do ww. terapii.

.....  
podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka