



Ośrodek Integracji i Rehabilitacji w Świeciu

data wpływu.....

imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna

telefon kontaktowy

FORMULARZ ZGŁOSZENIA do Ośrodka Integracji i Rehabilitacji w Świeciu

Imię i Nazwisko dziecka/podopiecznego.....

urodzona/y.....

adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

Posiadam*:

TAK

NIE

- skierowanie lekarskie

- orzeczenie o niepełnosprawności, symbol

- orzeczenie o wczesnym wspomaganiu rozwoju

- orzeczenie o kształceniu specjalnym

- inne:

Skierowanie na zajęcia*:

1. Rehabilitacja
2. Logopeda
3. Psycholog : zgłaszane problemy.....
4. TUS
5. Terapia Behawioralna
6. Integracja sensoryczna
7. Terapia ręki/zajęciowa
8. Biofeedback
9. Mikropolaryzacja
10. Trening słuchowy

TAK NIE

Czy dziecko korzysta z form pomocy w innej placówce, gabinecie?

Jeżeli **TAK** to z jakiej formy, w jakim wymiarze godzin.....

Zapoznałam/em się z regulaminem przyjęć. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania ustalonego regulaminu oraz ścisłej i systematycznej współpracy z kadrą ośrodka.

Jednocześnie potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że prowadzenie działań diagnostycznych, terapeutycznych u dziecka powyżej 16 r. ż. wymaga również jego zgody.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L 119 z 04.05.2016)

podpis Rodzica / Opiekuna

* Zaznaczyć właściwe