

....., dnia.....
(imiona i nazwiska rodziców)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Szkoła Podstawowa nr 1
im. Kazimierza Wielkiego
ul. Piłsudskiego 20
32-020 Wieliczka**

WNIOSEK O OBJĘCIE TERAPIĄ EEG BIOFEEDBACK

Proszę o przyjęcie mojego dziecka.....

urodzonego dnia W.....

ucznia , klasy.....
(nazwa szkoły, miejscowość)

na indywidualną terapię EEG biofeedback.

Dziecko jest pod opieką Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w

od roku szkolnego.....
(data wydania ostatniej opinii/orzeczenia)

- Do wniosku dołączam aktualny wynik EEG wraz z opisem i orzeczeniem neurologa o braku przeciwwskazań do terapii.
- Akceptuję warunki prowadzenia terapii, które zostały mi przedstawione na spotkaniu z terapeutą w dniu

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego