FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA NA TERAPIĘ SI

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………………………………………………………………...

Data urodzenia …………………………………………. . PESEL …………………………………………………………………………………….

Przedszkole/szkoła …………………………………………………………...

Tel. do Rodzica ………………………………………………………………….

**1.** Data diagnozy integracji sensorycznej ……………………………………… . **Prosimy o dołączenie kopii diagnozy SI.**

**2.** Realizacja zaleceń z opinii po diagnozie SI. Czy dziecko odbyło zalecane konsultacje u specjalistów: ortopeda, okulista, psycholog itp.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

Jeśli tak, prosimy o dołączenie kopii o odbytej konsultacji.

**3.** Czy dziecko ma orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? Jeśli tak, z jakiego powodu?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4.** Który z psychologów poradni skierował dziecko na diagnozę?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**5.** Czy dziecko uczęszczało wcześniej na terapię SI? Jeśli tak, gdzie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**6.** Czy dziecko aktualnie uczęszcza na terapię SI? Jeśli tak, gdzie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………….. ……………………………………………………..

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek Data i podpis Rodzica