

.....
 Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

Białystok,

(data)

.....
 Adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów

tel. do kontaktu:



ZGŁOSZENIE*

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1
 w Białymstoku, ul. Piotrkowska 2
 tel.: 85 744 53 50

Przyjęcie na terapię:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> psychologiczną | <input type="checkbox"/> zajęcia stymulujące rozwój |
| <input type="checkbox"/> pedagogiczną | <input type="checkbox"/> SI – integracja sensoryczna |

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL/ew. seria i nr dowodu tożsamości:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres szkoły/przedszkola:

klasa:

profil:

Uzasadnienie zgłoszenia:

Dziecko było badane:

(Nazwa poradni, Nr szkoły, Rok badania)

Prosimy o wpisanie poniżej planu zajęć dziecka – godziny graniczne (o której zaczyna, o której kończy zajęcia)

poniedziałek:

wtorek:

środa:

czwartek:

piątek:

Terapia odbywa się wyłącznie w godzinach pracy Poradni: od 8:00 do 16:00!

* Prosimy o wypełnianie Zgłoszenia wyłącznie w przypadku wcześniejszego zakwalifikowania przez Poradnię!

.....
 czytelny podpis zgłaszającego