

Siedlce dn.....

.....
imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych

.....
adres zamieszkania, kod pocztowy

.....
kontakt telefoniczny, adres e-mail*

**Poradnia
Psychologiczno-Pedagogiczna
w Siedlcach**

**WNIOSEK O OBJĘCIE ZAJĘCIAMI TERAPEUTYCZNYMI
W ROKU SZKOLNYM 2025/2026**

Proszę o objęcie mojego dziecka/wychowanka

imię i nazwisko

ur. dniaw.....

uczniakl.....

nazwa i adres szkoły/przedszkola, miejscowość

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zajęciami (właściwe podkreślić):

Prosimy dokonać wyboru: jednego rodzaju zajęć.

- terapii pedagogicznej (z. korekcyjno-kompensacyjnej)
- terapii integracji sensorycznej
- terapii logopedycznej
- terapii psychologicznej
- terapii neurotaktylnej

Ostateczną decyzję o przyjęciu dziecka na konkretny rodzaj zajęć podejmuje zespół specjalistów.

Dziecko:

- posiada opinię psychologiczno-pedagogiczną
- było badane w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Siedlcach

Jeżeli opinia wydana została poza naszą placówką prosimy o załączenie kopii tej opinii.

Dziecko korzysta/korzystało z innych form pomocy/terapii (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

NIE / TAK – rodzaj zajęć

miejsce w roku

**Wpisując numer telefonu kontaktowego oraz e-mail wyraża Pani/Pan zgodę na jego przetwarzanie w celu ułatwienia kontaktu z Panią/Panem w związku ze złożonym wnioskiem)*

