

Data.....

**WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DZIECKA DO TERAPII  
W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**

Dane dziecka	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Wiek (lat, miesięcy)	
Pesel	
Nazwa żłobka/przedszkola	

	Adres zameldowania	Adres zamieszkania (wpisać, jeśli jest inny niż zameldowania)
Miasto		
Kod pocztowy		
Ulica/numer lok., domu		

**Czy dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju**

(proszę zaznaczyć odpowiednie)

tak  nie

**Czy dziecko posiada inną opinię, np. psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną, lekarską**

(proszę zaznaczyć odpowiednie)

tak  nie

Jeśli tak, proszę napisać jaką opinię, przez kogo wydana i datę wydania

.....  
.....

**Czy dziecko podlega obowiązkowi szkolnemu** (proszę zaznaczyć odpowiednie)

tak  nie  odroczone

**Czy dziecko korzysta z zajęć w ramach wczesnego wspomagania rozwoju** (proszę zaznaczyć odpowiednie)

tak

nie

**Dziecko jest objęte opieką:**

Podmiot leczniczy (poradnie, przychodnie): .....

.....

.....

Ośrodek pomocy społecznej: .....

Inne, jakie? .....

.....

**Czy obecnie dziecko uczęszcza na terapię? Jeśli tak, to jakie i gdzie?**

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celu wydania opinii i udziału w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju

Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych

.....

*Imię i nazwisko*

.....

*Data*

Telefon kontaktowy:..... Adres e-mail:.....

*Regulamin korzystania z zajęć terapeutycznych organizowanych w ramach  
Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka  
w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Alter” w Białymstoku*

**Rodzice/opiekunowie zobowiązują się do:**

1. Systematycznego uczestnictwa dziecka w zajęciach terapeutycznych w celu uzyskania pożądanych efektów terapii.
2. W uzasadnionych przypadkach przeprowadzania dodatkowych konsultacji specjalistycznych sugerowanych przez terapeutę.
3. Przekazywania informacji, bądź dokumentacji dotyczącej stanu zdrowia dziecka, dotychczasowych diagnoz, realizowanych form terapii mogących mieć wpływ na ustalenie i celowość procesu terapii.
4. Stosowania się do zaleceń terapeuty dotyczących pracy z dzieckiem w domu.

**Obowiązki terapeuty:**

1. Prowadzenie zajęć zgodnie z opracowanym planem terapeutycznym.
2. Udzielanie wskazówek rodzicom/opiekunom do pracy z dzieckiem w domu.
3. Po zajęciach podsumowanie pracy z dzieckiem, informowanie rodziców/opiekunów o przebiegu zajęć.

**Odwolywanie i odrabianie zajęć:**

1. Planowana nieobecność dziecka na zajęciach powinna być zgłaszana najpóźniej do godziny 19.00 dnia poprzedzającego zajęcia.
2. Nieobecność dziecka na zajęciach można zgłaszać telefonicznie lub sms-em pod nr telefonu: 533 604 901 lub e-mailowo na adres: [bialystok@poradniaalter.pl](mailto:bialystok@poradniaalter.pl). Sekretariat poradni potwierdza odwołanie zajęć.
3. Spóźnienie się na zajęcia nie powoduje ich przedłużenia, ani odrobienia w innym terminie.
4. Odrabianie zajęć, w związku z nieobecnością terapeuty, jest możliwe po ustaleniu z terapeutą terminu zgodnie z wolnymi miejscami w grafiku. Terminy odrabiania zajęć można również uzgadniać osobiście w sekretariacie Poradni, telefonicznie lub e-mailowo: [bialystok@poradniaalter.pl](mailto:bialystok@poradniaalter.pl).
5. Nie ma możliwości odrabiania zajęć terapeutycznych, które wypadają w dni wolne od pracy (święta).
6. Sytuacje losowe uniemożliwiające udział dziecka w zajęciach będą rozpatrywane indywidualnie.
7. Dwukrotne nie poinformowanie NPPP Alter o nieobecności na zaplanowanej terapii skutkuje skreśleniem ustalonych terminów z grafiku terapii i koniecznością indywidualnego ustalenia kolejnych terminów.
8. Brak informacji ze strony rodzica/opiekuna prawnego dziecka o planowanej nieobecności na zajęciach przekraczającej 5 tygodni, może skutkować wnioskiem do dyrektora NPPP o wykluczenie z programu WWRD.

**Akceptuję powyższy regulamin.**

Białystok,

.....  
(Data

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)