Wniosek o przyjęcia dziecka na zajęcia treningu EEG Biofeedback w roku szkolnym 20…./20….

Imię i nazwisko dziecka		
Data urodzenia i PESEL		data ur.: |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| (dzień - miesiąc - rok) PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Adres zamieszkania		
Telefon kontaktowy [obowiązkowo] Adres mailowy [opcjonalnie]		
Szkoła / klasa		Szkoła: klasa:
Godziny zajęć lekcyjnych i dodatkowych	poniedziałek	
	wtorek	
	środa	
	czwartek	
	piątek	
Uzasadnienie / powód zgłoszenia		opinia psychologiczna: ❑ jest ❑ brak

❑ Kontynuacja zajęć .....

❑ NOWE ZGŁOSZENIE

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka .....w zajęciach treningu EEGBiofeedback.

❑ Wyrażam zgodę na umieszczenie danych mojego dziecka (nazwisko i imię, szkoła, klasa) na liście dzieci zakwalifikowanych na trenig EEGBiofeedbac w SP185.

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć - trening EEG biofeedback w SP 185, (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia1997r.oochroniedanych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że zapoznałe(a)m się regulaminem kwalifikacji i treningu EEGbiofeedback (dostęny na stronie: sp185@edu.um)

. . . . . .
(data i podpis osoby składającej zgłoszenie)