

.....  
*Nazwisko, imiona rodziców*

..... dnia .....

.....  
*Adres zamieszkania*

.....  
*nr tel. kontaktowego*

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna  
w PZPO w Środzie Śląskiej  
ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska**

## **WNIOSEK**

### ***o objęcie terapią EEG Biofeedback***

Proszę o przyjęcie mojego dziecka .....

urodzonego dnia .....W .....

PESEL 

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

ucznia..... kl.....  
*nazwa placówki, miejscowość*

### **na indywidualną terapię EEG Biofeedback**

Dziecko jest pod opieką poradni od roku szkolnego .....

Posiada opinię psychologiczno-pedagogiczną, logopedyczną\* z dnia (data ostatniej opinii)  
.....

Do wniosku dołączam: aktualny wynik badania EEG wraz z opisem i orzeczeniem  
braku przeciwwskazań.

Akceptuję warunki prowadzenia terapii, które zostały mi przedstawione na spotkaniu  
w dniu.....

Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę/y na samodzielny powrót mojego dziecka do  
domu po zakończonych zajęciach terapeutycznych

.....  
( podpis rodzica)