

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

.....  
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