

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

.....  
(data wypełnienia)

Imię i nazwisko dziecka	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Wiek dziecka (data urodzenia)	
Numer kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego	
E-mail	
Nazwa placówki ( szkolna/przedszkolna)	
Adres zamieszkania dziecka	
Skąd się Państwo o nas dowiedzieli	

**Prosimy wybrać z poniższej listy (zaznaczyć X) rodzaj wsparcia terapeutycznego, którego dziecko może potrzebować:**

Terapia integracji sensorycznej	<input type="checkbox"/>	Fizjoterapia	<input type="checkbox"/>
Diagnoza przetwarzania sensorycznego	<input type="checkbox"/>	Diagnoza i terapia ręki	<input type="checkbox"/>
Konsultacja integracji sensorycznej	<input type="checkbox"/>	Przetwarzanie słuchowe	<input type="checkbox"/>
Konsultacja/terapia psychologiczna	<input type="checkbox"/>	Diagnoza psychologiczna	<input type="checkbox"/>
Dietetyka	<input type="checkbox"/>	Logopeda	<input type="checkbox"/>

**Prosimy o krótką informację, co Państwa zaniepokoiło u dziecka? Jakie dziecko ma trudności?**

--

Czy dziecko posiada diagnozę/opinie/orzeczenia:	TAK/NIE	Z KIEDY?	CZY UCZĘSZCZAŁO NA TERAPIĘ? JAK DŁUGO?
Integracja sensoryczna			
logopeda			
neurolog			
okulista			
psycholog			
psychiatra			
opinia: pedagog/szkoła/przedszkole			
Inne? Jakie ?			

**Prosimy o dostarczenie kopii przed wizytą lub przesłanie mailem posiadanych przez dziecko orzeczeń /opinii.**

# Zaświadczenie o dochodach

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
Data wypełnienia

Zaświadczenie składane przez rodzica/opiekuna prawnego, w celu wnioskowania o przyznanie wsparcia finansowego przeznaczonego na zajęcia terapeutyczne dla dzieci znajdujących się w trudnej sytuacji.

Oświadczam, że:

- moja rodzina składa się z ..... osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

## ZAROBKI:

- zarobki poszczególnych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, w 4 kolejnych miesiącach, wynoszą:

Osoba	Dochód I	Dochód II	Dochód III	Dochód IV	ŚREDNIA
Matka					
Ojciec					
Macochoa/Partnerka					
Ojczym/Partne					
Pełnoletnie Dzieci (pracujące)					
Babcia					
Dziadek					
Opiekun Prawny					

## Pozostałe świadczenia (jeśli takie występują), które mają wpływ na sytuację materialną rodziny np.:

- a) zasiłek rodzinny i dodatki stałe .....zł
- b) świadczenia pielęgnacyjne .....zł
- c) zasiłek pielęgnacyjny .....zł
- d) stałe zasiłki z pomocy społecznej .....zł
- e) zasiłek okresowy z pomocy społecznej .....zł
- f) emerytury, renty inwalidzkie i rodzinne .....zł
- g) alimenty .....zł
- h) zasiłek dla bezrobotnych .....zł
- i) dochody z prowadzenia działalności gospodarczej .....zł
- j) dodatki mieszkaniowe .....zł
- k) inne dochody .....zł
- l) 800+.....zł

**Oświadczam, że** średni miesięczny dochód netto, na jedną osobę w mojej rodzinie (dochód+świadczenia/liczba osób w gospodarstwie domowym) wynosi .....zł,

## Oświadczenie

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 108, poz. 926 ze zm.).

.....  
podpis rodzica lub prawnego opiekuna