

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: <input type="checkbox"/> jest <input type="checkbox"/> brak	
<input type="checkbox"/> Kontynuacja zajęć <input type="checkbox"/> NOWE ZGŁOSZENIE			

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dzieckaw zajęciach treningu EEGBiofeedback.

Wyrażam zgodę na umieszczenie danych mojego dziecka (nazwisko i imię, szkoła, klasa) na liście dzieci zakwalifikowanych na trening EEGBiofeedback 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 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

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

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