

## Załącznik nr 1

....., dnia.....  
(imiona i nazwiska rodziców)  
.....  
(adres zamieszkania)  
.....  
(telefon kontaktowy)

### WNIOSEK O OBJĘCIE TERAPIĄ EEG BIOFEEDBACK

Proszę o przyjęcie mojego dziecka....., urodzonego dnia..... W..... ucznia klasy .....na terapię prowadzoną metodą EEG Biofeedback na podstawie:

- \*orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej
- \*opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej
- \*obserwacji dokonanej przez specjalistę: .....
- \*obserwacji dokonanej przez nauczyciela
- \*obserwacji własnej dokonanej przez rodzica.

Wniosek swój motywuję chęcią oraz potrzebą poprawy funkcjonowania mojego dziecka w zakresie:

- \*koncentracji uwagi,
- \*pamięci i spostrzegania,
- \*specyficznych trudności w pisaniu i czytaniu (dysleksja, dysgrafia),
- \*innych problemów w nauce,
- \*problemów w zachowaniu - małą odporność na stres, tremę w sytuacjach szkolnych, obniżoną samoocenę itp.

Do wniosku dołączam zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do terapii.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udział dziecka w terapii metodą EEG Biofeedback na terenie Szkoły Podstawowej nr 81 we Wrocławiu oraz zapoznałem się i akceptuję Regulamin terapii EEG Biofeedback SP nr 81 we Wrocławiu.

.....  
data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego

\*właściwe podkreślić