

.....
.....
(imiona i nazwiska rodziców)

(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi nr. 4
im. Erazma Jerzmanowskiego
ul. Krzyszkowicka 18A
32-020 Wieliczka**

WNIOSEK O OBJĘCIE TERAPIĄ UWAGI SŁUCHOWEJ OPARTEJ NA METODZIE PROFESORA ALFREDA TOMATISA

Proszę o przyjęcie mojego
dziecka.....

... urodzonego dnia..... w

.....
ucznia.....,
klasy.....

(nazwa szkoły, miejscowość)

.....
(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)

REGULAMIN UCZESTNICZENIA W TERAPII UWAGI SŁUCHOWEJ OPARTEJ NA METODZIE PROFESORA ALFREDA TOMATISA

1. Terapia rozbita jest na cztery fazy (pomiędzy nimi jest przerwa, którą terapeuta indywidualnie ustala z rodzicem/opiekunem dziecka):

- I faza - ok. 15 spotkań
- II faza - ok. 15 spotkań
- III faza - ok. 7 spotkań
- IV faza - ok. 12 spotkań

Każde spotkanie trwa 90 min.

2. Obowiązki ucznia:

- punktualność,
- informowanie o nieobecności (tylko choroba),
- dieta bez słodczy, mleka i jogurtów.

3. Na zajęciach można:

- rysować,
- układać mozaiki, grzybki, puzzle,
- inne gry, po konsultacji z terapeutą,
- kprzystać z sali „Doświadczeń Świata”
- spać i odpoczywać.

4. Na zajęciach nie można:

- rozmawiać, śpiewać,
- uczyć się,
- jeść, pić.

5. Zajęcia mogą odbywać się w grupie do 4 osób.

6. Rodzic – mama zobowiązuje się nagrać swój głos (czytanie ulubionej książki dziecka). Nagranie odbywa się w szkole po uprzednim umówieniu się z terapeutą, trwa 30 minut.

.....

.....

(podpis ucznia/pacjenta)

(czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów)