



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Opcznie
ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opczno
tel./fax. 44/741-64-62; sekretariat@pppoczno.pl
<http://www.pppoczno.4bip.pl>

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ZAJĘCIA TUS

Imię i nazwisko uczestnika

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....

Telefon do rodzica/opiekuna

.....

Data urodzenia dziecka

.....

Jakie są główne problemy związane z funkcjonowaniem społecznym dziecka?
(trudne zachowania? problemy z przebywaniem w grupie przedszkolnej/szkolnej?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czy u dziecka występują stereotypy / sensoryzmy? Np. stukanie, bujanie się.

.....
.....
.....
.....

Czy dziecko wykazuje jakieś fobie, zachowania depresyjne?

.....
.....
.....

Czy dziecko chętnie uczestniczy w zajęciach grupowych? Tak / Nie *

*właściwe podkreślić

Inne schorzenia występujące u dziecka

.....
.....
.....

.....

.....

Czy dziecko korzystało w przeszłości z treningu umiejętności społecznych?
Jeśli tak to w jakim wymiarze i jakie efekty zauważono?

.....

.....

.....

Jakie są oczekiwania związane z udziałem dziecka w zajęciach TUS?

.....

.....

.....

.....

.....

Na potrzeby stworzenia systemu motywacyjnego proszę napisać jakie są zainteresowania dziecka?
(pociągi, zwierzęta, naklejki, tatuaże? Jakie gry i zabawy? np. berek, zabawa „w chowanego”,
wyścigi?)

.....

Czy w ramach nagrody można dziecku zaproponować słodycze/ słone przekąski? np. gumy mamby, ciasteczka be – be, lizaki, paluszki?

.....

* Wyrażam /nie wyrażam zgody na użycie danych o rozwoju uczestnika po zajęciach oraz wykorzystywanie zdjęć z wizerunkiem mojego dziecka (publikacje, strona www, ulotki, foldery, materiały szkoleniowe itp.)

*właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na nagrywanie i fotografowanie wizerunku mojego dziecka podczas zajęć TUS.

.....

podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przedstawionych w formularzu.

.....

podpis rodzica/opiekuna