



Załącznik nr 1

Ujazd Górny,

Karta zgłoszenia dziecka na terapię EEG – BIOFEEDBACK

Zgłaszam moje dziecko
ucznia/uczennicę klasy na terapię prowadzoną metodą EEG – BIOFEEDBACK
na terenie Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Ujeździe Górnym.

Powód zgłoszenia na terapię EEG – BIOFEEDBACK:

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

Dokumentacja dołączona do karty zgłoszenia:

1.
2.
3.
4.

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)