

Data .....

Data .....

### Wniosek w sprawie objęcia ucznia terapią biofeedback

#### Do Dyrektora Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie

Imiona i nazwiska wnioskodawców (rodziców, prawnych opiekunów).....

Miejsce zamieszkania .....

tel. ....

#### Dane dziecka

Imię i nazwisko .....

\_\_\_\_\_ lub \_\_\_\_\_  
(PESEL) (seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły .....

Klasa .....

Wnioskuje o objęcie terapią biofeedback syna / córki .....

W załączniku przedkładam zaświadczenie lekarskie z dnia .....

wydane przez lekarza .....  
(wpisać specjalność)

Zobowiązuję się do zgłaszania na terminy terapii ustalone w harmonogramie spotkań.

.....  
(podpisy wnioskodawców)

### Wniosek w sprawie objęcia ucznia terapią biofeedback

#### Do Dyrektora Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie

Imiona i nazwiska wnioskodawców (rodziców, prawnych opiekunów).....

Miejsce zamieszkania .....

tel. ....

#### Dane dziecka

Imię i nazwisko .....

\_\_\_\_\_ lub \_\_\_\_\_  
(PESEL) (seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres szkoły .....

Klasa .....

Wnioskuje o objęcie terapią biofeedback syna / córki .....

W załączniku przedkładam zaświadczenie lekarskie z dnia .....

wydane przez lekarza .....  
(wpisać specjalność)

Zobowiązuję się do zgłaszania na terminy terapii ustalone w harmonogramie spotkań.

.....  
(podpisy wnioskodawców)