**WNIOSEK O OBJĘCIE DZIECKA**

**WCZESNYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU**

**PPP W MIĘDZYRZECZU**

Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………………………………………….

Data urodzenia: …………………………………. PESEL …………………………………….

Miejsce urodzenia:………………………………………………………………………………

Imiona i nazwiska rodziców:……………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………………..

Wnioskuję o objęcie w/w dziecka wczesnym wspomaganiem rozwoju w PPP w Międzyrzeczu w formie:

**- terapii indywidualnej**………………..…………………………………………...

**- terapii grupowej**: …………………………………………………………………

* Wnioskodawca zobowiązuje się poinformować drugiego rodzica/opiekuna o fakcie zgłoszenia dziecka/ucznia w celu objęcia dziecka/ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną na terenie PPP w Międzyrzeczu.
* Oświadczam, że znam zasady przetwarzania danych osobowych przez PPP w Międzyrzeczu, dostępnych na stronie https://www.ppp-miedzyrzec.pl/rodo/

***KONTRAKT TERAPEUTYCZNY rok szkolny 2024/2025***

Ideą powstania kontraktu jest skoordynowanie działań terapeuty   
i rodziców, w celu osiągnięcia pożądanych efektów terapeutycznych.   
Naszym głównym celem będzie troska o wszechstronny rozwój dziecka, czemu służyć ma dobrowolne i obopólne przestrzeganie następujących zasad kontraktu:

**Warunki kontraktu terapeutycznego:**

* ustalenie celu pracy terapeutycznej;
* dbałość o regularne uczestnictwo dziecka w zajęciach, w przypadku uzasadnionej nieobecności dziecka rodzic bezpośrednio lub telefonicznie informuje o tym fakcie poradnię lub terapeutę;
* obie strony przyjmują ustalenie, iż trzykrotna nieusprawiedliwiona nieobecność dziecka na zajęciach będzie podstawa do skreślenia dziecka z listy uczestników zajęć;
* w sytuacji, w której wymaga tego charakter terapii – rodzic aktywnie uczestniczy z dzieckiem w zajęciach;
* współpraca z terapeutą w zakresie podejmowanych wobec dziecka oddziaływań, wykonywanie w domu zaleconych ćwiczeń
* jeśli zajdzie taka potrzeba pogłębianie diagnostyki poprzez zalecane konsultacje i badania specjalistyczne;
* konsultowanie z terapeutą postępów w terapii, w razie potrzeby modyfikacja oddziaływań.

**Mam prawo w dowolnym czasie zrezygnować z terapii,**

**o czym uprzedzę terapeutę.**

....................................... …………………………………………..…

Data Podpis rodzica/ lub opiekuna/

**Terapeuta zobowiązuje się do:**

* rzetelnej pracy i stosowania skutecznych form i metod pracy terapeutycznej;
* wymiany informacji na temat przebiegu zajęć oraz postępów dziecka w pracy;
* udzielania rodzicowi (również dziecku) wskazówek, propozycji do pracy w domu;
* w przypadku konieczności zmiany terminu zajęć, uprzedzenia o tym fakcie i powiadomienia o nowym terminie spotkania;

Podpisy terapeutów: ……………………..…………...

Podpis rodzica/ lub opiekuna/

………………………………………

………………………………………

………………………………………

……………………………………..

………………………………………