**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Gabinet terapii i rozwoju**

Proszę o wypełnienie formularza zgłoszeniowego.

W celu ustalenia terminu konsultacji skontaktujemy się z Państwem telefonicznie.

1. **Dane rodziny:**

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej dziecko/rodzinę/parę/indywidualnie: ....................................................................................................................................................

Adres zamieszkania (ulica, miejscowość, kod pocztowy)

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

Data urodzenia dziecka(dd/mm/rr): ...................................................wiek:..............................

1. **Dane rodziców/opiekunów prawnych:**

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych:..................................................................

**Matka**, adres zamieszkania .........................................................................................................

**Ojciec**, adres zamieszkania..........................................................................................................

Tel. kontaktowe, adresy e-mail:

**Matka** .......................................................................................................................................... **Ojciec**...........................................................................................................................................

Skład rodziny (rodzeństwo, rodzice, imiona, wiek, klasa):..........................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Sytuacja prawna dziecka.**

Czy obydwoje rodzice mają prawa rodzicielskie?

Tak/Nie (właściwe podkreślić)

Jeśli tak, to wymagana jest pisemna zgoda na objęcie terapią dziecka wyrażona przez oboje rodziców. Podpisy proszę złożyć na końcu formularza.

Powód zgłoszenia na konsultację. Proszę krótko scharakteryzować sytuację problemową. Od kiedy trwa problem, jakie są główne objawy niepokojące rodziców, zaangażowane instytucje lub osoby w pomoc dziecku/rodzinie.........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Skąd skierowanie?**

Kto skierował Państwa do naszej Poradni? Na jaką formę terapii? ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Czy dziecko/rodzina było wcześniej badane w Poradni i korzystało z pomocy lub wsparcia poradni: tak, nie.

1. **Jaka forma wsparcia/pomocy?**

Jeśli tak, to z jakiej formy wparcia korzystało dziecko/rodzina/ para/indywidualnie?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W jakim celu?............................................................................................................................

Ważne informacje dodatkowe:

1. Po złożeniu formularza w Gabinecie zadzwonimy do Państwa z propozycją terminu konsultacji.

2. Istnieje możliwość uzyskania informacji dotyczącej miejsca na liście osób oczekujących na konsultacje.

3. Jeżeli nie odbierzecie Państwo od nas telefonu prosimy o kontakt zwrotny z Gabinetem w celu: potwierdzenia, zamiany bądź odmowy terminu konsultacji.

4. Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka opieką terapeutyczną w Gabinecie Terapii i Rozwoju.

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

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

data i czytelny podpis matki/opiekuna prawnego

data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego