

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

Gdynia, .....

.....  
Adres zamieszkania / telefon

### **WNIOSEK**

do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 1 w Gdyni  
ul. Leopolda Staffa 10

### **O OBJĘCIU TRENINGIEM EEG-BIOFEEDBACK**

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL: .....

Miejsce zamieszkania

.....

Nazwa i adres szkoły

.....

..... Klasa .....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

Czy dziecko jest leczone farmakologicznie? TAK/ NIE. Jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....

Czy dziecko jest/ było pod opieką specjalisty? Jeśli tak, to z jakiego powodu?:

.....

.....

.....

