

Nr	<p style="text-align: center;">Oświadczenie dotyczące udziału dziecka w terapiach i zajęciach wspomagających, prowadzonych w ramach pobytu dziecka w placówce szkolnej „Dzieńdoberek”.</p> <p>1. Oświadczam, że nie są znane mi żadne przeciwwskazania zdrowotne dziecka do udziału we wskazanych zajęciach, poza wskazanymi w Karcie Zdrowia Dziecka i jej aktualizacjach, wypełnionej na wzorze placówki i przekazanej do placówki „Dzieńdoberek”. Zobowiązuję się dostarczyć w terminie 10 dni od dnia podpisania niniejszego oświadczenia, zaświadczenia lekarskiego wskazującego na brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w zajęciach dogoterapii, hipoterapii. W przypadku zaistnienia wskazania udziału dziecka w treningu słuchowym Johansena lub terapii biofeedback lub innych wymagających zgody lekarskiej, również dostarczę niezbędne zaświadczenia lekarskie.</p> <p>2. Oświadczam, że wiem, iż udział dziecka w poszczególnych formach zajęć i terapii odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem dziecka stwierdzonym przez zespół wychowawczy, w tym ds. wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy i organizacji pracy placówki. Oznacza to, że dziecko pomimo wyrażenie przeze mnie zgody na wskazane zajęcia, nie zawsze będzie korzystał ze wszystkich wskazanych form zajęć i terapii, np. biofeedback, treningu słuchowego Johansena czy Warnkego.</p> <p>3. Oświadczam, że wskazane zgody lub ich brak obowiązuje na całym etapie edukacji wczesnoszkolnej, kiedy dziecko uczęszcza do placówki „Dzieńdoberek”. W razie zmiany swojego stanowiska mam prawo do jego zmiany poprzez złożenie aktualnego oświadczenia dotyczącego udziału dziecka w terapiach i zajęciach wspomagających, prowadzonych w ramach pobytu dziecka w placówce.</p>	<p style="text-align: center;">WYRAŻAM ZGODĘ (TAK/NIE)</p>
1	Udział dziecka w terapii wspomagającej z użyciem psów.	TAK / NIE
2	Udział dziecka w zajęciach poza szkołą, na ściance wspinaczkowej, ściankach kreatywnych i interaktywnych, parku trampolin, itp.	TAK / NIE
3	Udział dziecka w spektaklach teatralno-artystycznych dla dzieci oraz w seansach kinowych, gdzie emitowane będą bajki i filmy dla dzieci.	TAK / NIE
4	Udział dziecka w terapii wspomagającej z użyciem koni.	TAK / NIE
5	Udział dziecka w terapii wspomagającej z użyciem innych zwierząt, w tym alpaki, koty, jeże, itp.	TAK / NIE

6	Udział dziecka w zajęciach terapii wspomagającej prowadzonej w Sali Doświadczania Świata / Sali polisensorycznej / Sali sensorycznej	TAK / NIE
7	Udział dziecka w wyjściach na spacer i plac zabaw, w tym korzystanie przez dziecko z dostępnych poza placówką sprzętów i zabawek.	TAK / NIE
8	Udział dziecka w zajęciach muzyczno-ruchowych, w tym rytmice i logorytmice.	TAK / NIE
9	Udział dziecka w zajęciach fizjoterapeutycznych, w tym masażu i masażu refleksologicznego.	TAK / NIE
10	Udział dziecka w zajęciach integracji sensorycznej.	TAK / NIE
11	Udział dziecka w zajęciach terapii czaszkowo-krzyżowej.	TAK / NIE
12	Udział dziecka w zajęciach z wykorzystaniem metody biofeedback	TAK / NIE
13	Udział dziecka w zajęciach treningu słuchowego Johansena	TAK / NIE
14	Udział dziecka w wyjściach i spotkaniach integracyjnych do placówek integracyjnych i innych, gdzie realizowana będzie forma integracji dziecka z innymi dziećmi, w tym dziećmi z niepełnosprawnością i dziećmi bez niepełnosprawności, w tym poprzez wspólne korzystanie przez dziecko z dostępnych poza szkołą sprzętów i zabawek.	TAK / NIE
15	Udział dziecka w wyjściach i spotkaniach, w tym wycieczkach poza teren szkoły – np. wyjścia na spacer, różnorodne miejsca jak biblioteka, dworzec, urząd miasta, wyjście do parku, muzeum, itp.	TAK / NIE
16	Udział dziecka w innych zajęciach i terapiach, w tym treningu umiejętności społecznych, zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych, zajęciach psychologicznych, zajęciach psychologiczno-pedagogicznych, logorytmice, logopedii, ruchu rozwijającego W. Sherborne, sensoplastyce, bajkoterapii.	TAK / NIE
17	Wyrażam zgodę na sprawdzanie skóry głowy mojego dziecka przez osobę wskazaną przez dyrektora placówki, w związku z profilaktyką i prewencją wszawicy w placówce szkolnej, oraz zobowiązuje się do podjęcia wszelkich działań zmierzających do wyeliminowania wszawicy u mojego dziecka jeśli taka zostanie stwierdzona.	TAK / NIE

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)