

# FORMULARZ REJESTRACYJNY

## BIOFEEDBACK

Imię i nazwisko dziecka	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Przedszkole/ szkoła/ grupa/ oddział	
Imię i nazwisko (rodzica/ opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)	
Nr telefonu (lub rodzica/ opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)	
adres e-mail (drukowanymi)	
Choroby współistniejące	
Orzeczenia , opinie, zaświadczenia	
Przyjmowane leki	
Deklarowana ilość zajęć / ilość w tygodniu	

### Obowiązek informacyjny:

Administratorem danych osobowych jest Fundacja Osób Wykluczonych Oblicza Życia, Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Oblicza Życia” w Płocku przy ul. Drętkiewicza 2, 09-410 Płock, tel.: 881206506, adres e-mail: [poradnia@obliczazycia.pl](mailto:poradnia@obliczazycia.pl) Podane w zgłoszeniu/wniosku dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych - RODO) oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym niepublicznych poradni specjalistycznych. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, mogą być one udostępnione jedynie w sytuacji, gdy zwróci się o to uprawniony na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa organ w ramach prowadzonego przez siebie postępowania (np. policja, prokuratura, sąd). Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego-Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia\*

\*Niepotrzebne skreślić.

## Zasady terapii metodą EEG- BIOFEEDBACK

1. Wykonanie badania EEG (z opisem neurologa).
2. Prowadzenie treningów- minimum raz w tygodniu (można częściej).
3. Przebieg terapii:
  - a) treningi podstawowe - 25 do 30 spotkań (w nieprzerwanym cyklu).  
Poprawa funkcji poznawczych.
  - b) treningi szczegółowe - ilość spotkań w zależności od problemu.  
Rozwiązanie problemu.
5. Rezygnację z wizyty należy zgłosić wcześniej min. 24 godziny przed spotkaniem.

.....  
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego/  
pełnoletniego ucznia\*

\*Niepotrzebne skreślić