Wrocław, dn. …………

Proszę o objęcie terapią biofeedback moją córkę……………/mojego syna………. z powodu ………..w oparciu o orzeczenie / opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ……nr. z dn. ……

Oświadczam, że nie ma u ucznia/uczennicy przeciwwskazań medycznych do treningów obrazowania pracy mózgu z użyciem komputera.

Ponadto zobowiązuję się do ewentualnego wcześniejszego powiadamiania o braku możliwości uczestnictwa w planowanych zajęciach z ważnych powodów ( za pomocą librusa lub telefonicznie), a także o ewentualnych spostrzeżeniach dotyczących stanu zdrowia (funkcjonowania), a mogących mieć wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne, osiąganie zamierzonych efektów.

Wrocław, dn. …..

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

……..….