Załącznik nr 1

**TUS – Trening Umiejętności Społecznych**

zajęcia odbywają się w CKiS w każdą środę w godzinach 16:00-19:30 (godzina uzależniona od zakwalifikowania się dziecka do grupy).

|  |  |
| --- | --- |
| **Formularz zgłoszeniowy** | |
| **Imię i nazwisko dziecka/ adres zamieszkania** |  |
| **Data urodzenia dziecka** |  |
| **Nazwa szkoły do której uczęszcza dziecko** |  |
| **Klasa do której uczęszcza dziecko** |  |
| **Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego** |  |
| **Nr kontaktowy rodzica /opiekuna prawnego** |  |
| **Czy dziecko posiada opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej lub innej Poradni Specjalistycznej ?** |  |
| **Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego jeśli tak to z uwagi na jakie trudności ?** |  |
| **Czy dziecko posiada diagnozę lekarską?** |  |
| **Czy dziecko przyjmuje leki- jeśli tak z jakiego powodu?** |  |
| **Powód zgłoszenia dziecka na zajęcia TUS** |  |
| **Podpis rodzica /opiekuna prawnego\*\*** |  |

\* prosimy formularz wypełnić z dokładnością !

\*\* prosimy o podpis własnoręczny!