



Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie
Ośrodek Rehabilitacyjno – Edukacyjno - Wychowawczy

Koszalin, dn.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....

(adres zamieszkania)

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody, aby moje dziecko....., urodzone.....wychodziło, pod opieką nauczyciela oligofrenopedagoga lub/i asystenta nauczyciela lub/i innego specjalisty, na spacer i wycieczki poza teren Ośrodka Rehabilitacyjno – Edukacyjno –Wychowawczego (OREW).

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody, aby moje dziecko uczestniczyło w zajęciach dogoterapeutycznych organizowanych przez OREW . Jednocześnie oświadczam, iż moje dziecko ma/nie ma* stwierdzonej alergii na sierść psa.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody, aby moje dziecko uczestniczyło w zajęciach hipoterapeutycznych organizowanych przez OREW poza terenem placówki. Jednocześnie oświadczam, iż moje dziecko ma/nie ma* stwierdzonej alergii na sierść konia.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody na badanie psychologiczno – pedagogiczne mojego dziecka przeprowadzone na terenie Ośrodka Rehabilitacyjno – Edukacyjno – Wychowawczego nr 1 PSOUU Koła w Koszalinie przez przedstawiciela Miejskiej Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Koszalinie. Jednocześnie wyrażam/nie wyrażam* zgody na konsultacje przedstawiciela MPPP z nauczycielem prowadzącym grupę, do której dziecko uczęszcza.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na udział mojego dziecka w zajęciach religii.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na konsultacje, w zakresie planowania i realizacji Indywidualnego Programu Edukacyjno – Terapeutycznego mojego dziecka, przez nauczyciela i/lub specjalistów OREW z innymi specjalistami prowadzącymi terapię z moim dzieckiem poza placówką OREW.

.....

(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Niepotrzebne skreślić*