

## WARSZTATY DLA RODZICÓW ANKIETA KWALIFIKACYJNA

Deklaruję chęć udziału w spotkaniach grupy psychoedukacyjnej / wsparcia dla rodziców dzieci z zespołem Aspergera, autyzmem i ADHD.

**Edycja\***: jesień 2023 / wiosna 2024 / rok szkolny 2023/2024

**Miejsce\***: Wieprz k.Żywca, ul. Spacerowa 802 / Jastrzębie Zdrój, ul. Mazowiecka 8

**Wiek dziecka\***: dziecko przedszkolne / dziecko w edukacji wczesnoszkolnej / nastolatek

Dane uczestnika:

Rodzic 1- imię i nazwisko:	
Rodzic 2- imię i nazwisko:	
Wiek dziecka/ dzieci:	
Adres:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Krótki opis problemu dziecka/ doświadczanych trudności:	
Oczekiwania / cel uczestnictwa w spotkaniach:	

Inne ważne informacje / uwagi:	
--------------------------------	--

\* niepotrzebne skreślić

Deklaruję regularne uczestnictwo w spotkaniach oraz terminowe uiszczanie opłat za każdy miesiąc zajęć najpóźniej do 10 dnia miesiąca.

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z regulaminem zajęć i akceptuję go.

Wyciąg z regulaminu:

1. Warunkiem rezerwacji miejsca i możliwości udziału w spotkaniach jest dokonanie wpłaty za I miesiąc warsztatów przed rozpoczęciem zajęć.
2. Opłaty należy uiszczać do 10 dnia każdego miesiąca przelewem na podane konto za każdy miesiąc terapii w kwocie 120zł (2x 60 zł).
3. Opłata za niewykorzystane zajęcia nie jest zwracana.
4. Opłata za zajęcia, które nie odbędą się z winy organizatora zostanie zaksięgowana na poczet kolejnego miesiąca lub zwrócona.
5. Rezygnacja z zajęć odbywa się drogą pisemną.
6. Opłata jest stała bez względu na to, czy w zajęciach bierze udział jeden, czy oboje rodziców dziecka. Rekomendowany jest udział obojga rodziców, ale dopuszcza się udział tylko ojca lub matki.

Miejscowość, data:

\_\_\_\_\_

Podpisy rodziców / opiekunów prawnych:

Matka: \_\_\_\_\_

Ojciec: \_\_\_\_\_