

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna**

**SENSOPLASTYKA**

Prosimy o wypełnienie i odesłanie na adres: adverbum@adverbum.net.pl

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA BIORĄCA UDZIAŁ W TERAPII  Imię i nazwisko:** |  |
| **Data urodzenia (wiek):** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **Imię i Nazwisko OPIEKUNA: (jeżeli w terapii będzie uczestniczyć dziecko)** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Jeżeli życzą sobie Państwo fakturę na inne dane niż osoby robiącej przelew, prosimy podać:** |  |
| **ALERGIE POKARMOWE:** |  |
| **Dodatkowe informacje** (niezbędne do przygotowania odpowiedniej terapii): |  |

Ad Verbum Centrum Terapii Mowy i Dysleksji Sp. z o. o., ul Pileckiego 104 lok 1, 02-781 Warszawa,   
Bank Millenium S.A. 75 1160 2202 0000 0000 7120 0267