

**Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna**

**ZGŁOSZENIE ŁEBA 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA BIORĄCA UDZIAŁ W TERAPII Imię i nazwisko:** |  |
| **Data urodzenia (wiek):** |  |
| **PESEL:**  |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **Imię i Nazwisko OPIEKUNA:(jeżeli w terapii będzie uczestniczyć dziecko)** |  |
| **Data urodzenia opiekuna:** |  |
| **PESEL OPIEKUNA:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Pozostali uczestnicy (imię i nazwisko, wiek, nr PESEL):****Przewidywany okres pobytu na turnusie osób towarzyszących:** |  |
| **DIAGNOZA UCZESTNIKA:(prosimy osoby, które posiadają dokumentację np. diagnoza logopedyczna, opinia o potrzebie wczesnego wspomagania, orzeczenie, o przepisanie diagnozy, lub dosłanie skanu dokumentów)**  |  |
| **Jeżeli życzą sobie Państwo fakturę, prosimy podać dane:** |  |
| **Dodatkowe informacje** (niezbędne do przygotowania odpowiedniej terapii): |  |
| **Czy planują Państwo korzystać z dofinansowania z PFRONu? (TAK / NIE)** |  |

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