**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja ………………………..………………………………….*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)* oświadczam, iż moje
dziecko/ podopieczny …………………………………………………………………………*(imię i nazwisko dziecka)* w ramach projektu „Nasza Szansa”, realizowanego w punkcie konsultacyjnym przy Stowarzyszeniu na rzecz Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Mrowli „Spełnione Marzenia” ze środków finansowych PFRON, od dnia 01.04.2021r. bierze udział w następujących formach wsparcia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zaznacz X** | **Rodzaj terapii** | **Imię i nazwisko prowadzącego** |
|  | Terapia ręki | mgr Małgorzata Krućko |
|  | Alternatywne formy komunikacyjne AAC | mgr Małgorzata Delmanowicz |
|  | Terapia logopedyczna | mgr Dorota Mazur, mgr Renata Kloc |
|  | Terapia logorytmiczna | mgr Dorota Mazur, mgr Jadwiga Wojnar - Górska |
|  | Terapia dzieci z autyzmem | mgr Jadwiga Ruszała |
|  | Rehabilitacja | mgr Agata Goska |
|  | Terapia rozwijająca aktywność sportową | mgr Marcin Surowiec, mgr Arnold Różański |
|  | Terapia polisensoryczna | mgr Ilona Lis, mgr Iwona Wojtak |
|  | Terapia zajęciowa | mgr Anna Lis, mgr Beata Bobra |
|  | Indywidualna praca terapeutyczno - rewalidacyjna | mgr Anna Lis, mgr Anna Różańska |
|  | Terapia pedagogiczna | mgr Elżbieta Świder, mgr Katarzyna Welc |
|  | Terapia kognitywna | mgr Iwona Wojtak |
|  | Terapia sensoplastyczna | mgr Agnieszka Łoza-Woźniak |
|  | Choreoterapia | mgr Joanna Porada |
|  | Arteterapia | mgr Beata Bobra |
|  | Terapia z wykorzystaniem technologii komputerowej | mgr Wanda Marek |
|  | Terapia technikami relaksacyjnymi | mgr Anna Nalepa |
|  | Muzykoterapii | mgr Bogdan Rygiel, mgr Krzysztof Dunin-Mugler |
|  | Grupowe zajęcia metodą W. Sherborne | mgr Agata Bąk, mgr Agnieszka Serafin |

* X – oznacza terapię, w której aktualnie uczestniczy beneficjentw ramach projektu „Nasza Szansa”, realizowanego w punkcie konsultacyjnym w ramach Stowarzyszenia Spełnione Marzenia działającego na rzecz Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Mrowli, ze środków finansowych PFRON
* **Jednocześnie oświadczam, iż moje dziecko nie jest uczestnikiem zaznaczonych form terapii
w ramach projektów, realizowanych przez inne ośrodki terapeutyczne ze środków finansowych PFRON.**

Mrowla, dn. 01.04.2021r. …………….…………………………………………………………

podpis rodziców/opiekunów

 