

Załącznik nr 1

ZGODA NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH BIOFEEDBACK

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka :

.....

/imię i nazwisko dziecka, klasa/

w zajęciach dodatkowych EEG BIOFEEDBACK (Neurofeedback)

w roku szkolnym

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub neurologa iż nie ma przeciwwskazań do terapii .

Telefon kontaktowy:

podpis rodziców/opiekunów