Reg- biof

**REGULAMIN TERAPII EEG- BIOFEEDBACK**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA W MILICZU**

§

1 Zajęcia terapii metodą EEG Biofeedback odbywają się na terenie Szkoły Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Miliczu

§

1. Z treningów Biofeedback korzystać mogą uczniowie, u których rozpoznano:

* trudności w koncentracji uwagi,
* słabą komunikację i zaburzenia relacji społecznych,
* problemy w zachowaniu,
* specyficzne trudności w pisaniu i czytaniu (dysleksja , dysgrafia)
* trudności w uczeniu się matematyki (dyskalkulia).

2. Korzystanie z treningów Biofeedback przez uczniów naszej placówki jest bezpłatne.

3.Uczniowie posiadający w orzeczeniu/opinii zalecenie do terapii Biofedback

§

* Podstawę zakwalifikowania ucznia do terapii stanowią dokumenty złożone w sekretariacie szkoły: a. wniosek rodzica/ prawnego opiekuna o objęcie terapią Biofeedback na terenie szkoły (załącznik nr 1),
* b. zaświadczenie neurologa stwierdzające brak przeciwwskazań do terapii na podstawie aktualnego badania EEG,
* c. kserokopia opinii lub orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z poradni psychologiczno- pedagogicznej zawierające wskazania do terapii Biofeedback (jeśli dziecko jest przebadane w poradni).

2. Zgłoszenia na zajęcia przyjmowane są w sekretariacie szkoły.

3. Decyzję o zakwalifikowaniu ucznia do terapii podejmują terapeuci Biofeedbacku.

4. O terminie rozpoczęcia terapii Biofeedback decyduje kolejność zgłoszeń.

5. W razie potrzeby są tworzone listy uczniów oczekujących na udział w zajęciach.

6. Rodzice/Opiekunowie prawni zobowiązani są przed rozpoczęciem terapii do rozmowy z terapeutą i przekazania mu informacji o stanie zdrowia dziecka oraz o podejmowanych innych formach terapii.

§

1. Zajęcia mają charakter indywidualny.

2. Zakres i czas trwania oddziaływań terapeutycznych dostosowywany jest do aktualnych potrzeb i możliwości dziecka, a o ich doborze decyduje terapeuta.

3. W pracowni terapeutycznej uczeń może przebywać tylko w obecności trenera.

4. Uczeń nie może samodzielnie korzystać ze sprzętu komputerowego i elektronicznego znajdującego się w pracowni.

5. W przypadku niepodejmowania przez dziecko współpracy na warunkach i w zakresie koniecznym, aby spotkania treningowe metodą Biofeedback mogły być skuteczne, terapeuta prowadzący zajęcia może zaprzestać treningów.

Załącznik nr1

Milicz , ………………………………,

…………………………

imie i nazwisko wnioskodawcy

………………………………

Adres

………………………………

telefon kontaktowy

**WNIOSEK RODZICA/ prawnego opiekuna/ O ZORGANIZOWANIE TERAPII EEG BIOFEEDBACK W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA W MILICZU**

Imię i nazwisko dziecka……………………………………………… KLASA …………..

Data i miejsce urodzenia………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………

Imiona rodziców………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania………………………………………….…………………………….

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie terapii EEG Biofeedback. Zauważone problemy\*:

* zaburzenia koncentracji uwagi
* zaburzenia procesów uczenia się (np. dzieci mające specyficzne potrzeby edukacyjne: dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia)
* zaburzenia rozwoju psychomotorycznego wieku dziecięcego
* zaburzenia zachowania u dzieci
* zaburzenia mowy
* zaburzenia nastroju
* inne problemy (wpisać jakie) ………………………………………………………

Terapia zalecona przez poradnię psychologiczno- pedagogiczną lub lekarza\* TAK NIE ……………………………………….

Podpis rodzica /Prawnego opiekuna

\*właściwe podkreślić

Do zakwalifikowania dziecka do terapii Biofeedback wymagane są:

• Badanie EEG z opisem od lekarza neurologa dziecięcego (wykonane nie wcześniej niż pół roku przed rozpoczęciem terapii). Warunkiem przyjęcia na terapię jest prawidłowy zapis EEG i zakwalifikowanie przez lekarza neurologa do terapii Biofeedback.

• Pisemna zgoda rodziców na terapię.

Wyrażam zgodę na umieszczenie danych mojego dziecka (nazwisko i imię, szkoła, klasa) na liście dzieci zakwalifikowanych na trening EEG Biofeedback w SP 1 im. Mikołaja Kopernika w Miliczu.

Podpisując wniosek wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do organizacji zajęć - trening EEG Biofeedback w SP 1, (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałam/- em się regulaminem kwalifikacji i treningu EEG Biofeedback (dostępny na stronie internetowej szkoły).

……………………………………….

Podpis rodzica /Prawnego opiekuna