



SPECJALNY OŚRODEK SZKOLNO - WYCHOWAWCZY
IM. JANUSZA KORCZAKA W ŻAGANIU

ul. Skarbowska 19-21, 68-100 Żagań
tel./fax: 68 478 77 77
NIP: 924-14-34-992 REGON 000592963

e-mail: sekretariat@sosw.zagan.pl
www.sosw.zagan.pl



formularz zgłoszeniowy

Specjalistyczny Punkt Konsultacyjny

1. Osoba zgłaszająca się na konsultacje*:

- Rodzic
- Opiekun
- Nauczyciel
- Inna:.....

2. Cel konsultacji, powód zgłoszenia, rodzaj problemu *

- dostarczanie informacji na temat możliwości kształcenia dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na wszystkich poziomach edukacyjnych
- pomoc w doborze optymalnych metod terapii
- metodyka pracy z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną intelektualnie
- metodyka pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami sfery emocjonalno-społecznej
- konsultacje logopedyczne, trudności w mówieniu, w tym pomoc w wyborze alternatywnych metod komunikacji
- konsultacje z zakresu rehabilitacji ruchowej oraz korekcji wad postawy
- wskazówki do pracy terapeutycznej z dziećmi z autyzmem oraz z zespołem Aspergera
- poradnictwo dla dzieci z wadą słuchu
- wskazówki do opracowania indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego
- trudność w nauce czytania i pisania
- seksualność i problemy okresu dojrzewania
- doradztwo zawodowe dla młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- ukazanie możliwości wsparcia ze strony rodziców w celu pozyskania informacji na temat funkcjonowania dzieci niepełnosprawnych na terenie naszego Ośrodka
- porady prawne dla rodziców/opiekunów, doradztwo w zakresie pozyskiwania pomocy opiekuńczo-wychowawczej, wsparcia socjalnego i innych spraw formalnych
- inne (proszę podać jakie)

3. **Wiek dziecka**

4. **Rodzaj niepełnosprawności dziecka**

5. Oczekuję konsultacji z*:

- *pedagogiem specjalnym*
- *psychologiem*
- *surdopedagogiem*
- *neurologopedą*
- *logopedą*
- *terapeutą Alternatywnych Metod Komunikacji*
- *terapeutą rehabilitacji ruchowej*
- *fizjoterapeutą*
- *terapeutą Integracji Sensorycznej*
- *terapeutą Metody Tomatisa*
- *terapeutą Metody Warnkego*
- *terapeutą EEG-Biofeedback*
- *muzykoterapeutą*
- *arteterapeutą*
- *terapeutą behawioralnym*
- *specjalistą wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka*
- *doradcą zawodowym*

6. Informacje uzupełniające zgłoszenie:**

.....
.....

7. Dane do kontaktu:

- nr telefonu:
- e-mail:.....

* właściwe zaznaczyć

** na konsultację proszę zabrać ze sobą dokumentację specjalistyczną