

.....  
*Imię i nazwisko rodziców, opiekunów*

.....  
*Adres zamieszkania*  
.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....  
w zajęciach terapii metodą **BIOFEEDBACKA**.  
Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań neurologicznych oraz posiadam niezbędną wiedzę  
na temat tej metody zajęć. Wiem również, że terapia może się zakończyć bez oczekiwanego  
sukcesu.

Waniorowo, dnia.....

.....  
*Podpis rodzica/opiekuna*

.....  
*Imię i nazwisko rodziców, opiekunów*

.....  
*Adres zamieszkania*  
.....

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka.....  
w zajęciach terapii metodą **TOMATISA**.  
Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań neurologicznych oraz posiadam niezbędną wiedzę  
na temat tej metody zajęć. Wiem również, że terapia może się zakończyć bez oczekiwanego  
sukcesu.

Waniorowo, dnia.....

.....  
*Podpis rodzica/opiekuna*