

**WNIOSK**  
**Turnus psychoterapeutyczny**  
**organizowany przez Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej w Koszalinie**  
[www.pctp.com.pl](http://www.pctp.com.pl)

\*\*\* wypełnia rodzic/opiekun

1.	Imię i nazwisko dziecka		Data urodzenia dziecka	
2.	Adres zamieszkania (dokładny)		Telefon domowy / komórkowy	
3.	Nazwa i adres placówki rehabilitacyjnej /dydaktycznej, do której uczęszcza dziecko.			
4.	Imiona rodziców:	matka		ojciec
5.	Czy dziecko posiada rodzeństwo? (podać imiona)			
6.	Imię i nazwisko opiekuna uczestniczącego w turnusie (podać stopień pokrewieństwa)	I opiekun		II opiekun
<b>RODZAJE ZABURZEŃ</b>				
7.	Ilość punktów po urodzeniu w skali APGAR			
8.	Wpisać iloraz inteligencji na podstawie diagnozy psychologicznej ( <i>ten punkt dotyczy dzieci, które mają już określony iloraz inteligencji przez psychologa</i> )			
9.	Czy posiada określony na podstawie diagnozy lekarskiej stopień niepełnosprawności? ( <i>jaki stopień lekki, umiarkowany, znaczny</i> )			
10.	Czy posiada przygotowaną diagnozę według testu PEP-R Profil Psychoedukacyjny?	Adres i nazwa placówki sporządzającej Profil Psychoedukacyjny  Tak /Nie  <i>Podkreślić właściwe</i>	Data sporządzenia Profilu ..... ..... <u>Wpisać współczynnik ilorazu rozwoju-za rok 2007</u> -współczynnik wyniósł ..... ..... <u>Wpisać poziom w miesiącach na podstawie diagnozy 2007</u> - poziom naśladownictwa..... -poziom percepcji..... - poziom małej motoryki..... - poziom dużej motoryki..... - poziom koordynacji-wzrokowo ruchowej..... - poziom czynności poznawczych ..... - poziom funkcji mowy.....	Wpisać deficyty występujące w skali zachowań na podstawie diagnozy z 2007 roku.
11.	Mowa - jak dziecko komunikuje			

	się z otoczeniem? (słownie, czy bezsłownie za pomocą mimiki twarzy i systemu gestów czy słów).		
12.	Czy występują objawy echolalii? ( <i>echolalia to częste powtarzanie zasłyszanych słów, zdań lub dłuższych tekstów</i> )	Określić rodzaj echolalii – objawy echolalii bezpośredniej? ( <i>powtarzanie zaraz po usłyszeniu</i> )	Określić rodzaj echolalii – objawy echolalii odroczonej? ( <i>powtarzanie po dłuższej przerwie czasowej</i> )
13.	Czy dziecko rozumie kierowane do niego polecenia?		
14.	Jeśli posługuje się mową czynną - czy zasób słów jest bogaty, czy ubogi?		
15.	Czy ograniczona jest sprawność ruchowa- określić rodzaj dysfunkcji kończyn górnych/ dolnych?		
16.	Czy korzysta z kul lub wózka inwalidzkiego?		
17.	Czy występują zaburzenia widzenia, – jakie?		
18.	Czy występują zaburzenia emocjonalne - często- rzadko ? /wymienić jakiego rodzaju: płacz, agresja, inne/. Sporządzić dokładną charakterystykę trudnych zachowań – określić, w jakiej sytuacji występują.		
19.	Czy przyjmuje leki psychotropowe - jakie?		
20.	Czy występują napady epilepsji? (jak często?)		
21.	Czy stosowane jest dieta - jakiego rodzaju? Od kiedy?	Opisać rodzaj stosowanej diety i podać datę, od kiedy jest stosowana?	
22.	Czy wykonuje czynności dnia codziennego samodzielnie?/ jakiego rodzaju?: mycie, jedzenie, czynności fizjologiczne, ubieranie się, inne..../		
23.	Czy dziecko jest motywowane przez rodzica nagrodami?	Jakiego rodzaju nagrody/wzmocnienia stosowane są w domu?	
24.	Czy dziecko obsesyjnie interesuje się jakimś przedmiotem? ( <i>opisać, jaki to przedmiot lub przedmioty?</i> )		
25.	Czy wykonuje powtarzające się ruchy? ( <i>manieryzmy /stereotypie</i> )	Opisać rodzaj zachowania.	

26.	Charakterystyka oczekiwań rodzica po uczestnictwie w turnusie rehabilitacyjnym organizowanym przez PCTP.	<b>Przykład oczekiwań- zakreślić krzyżykiem wybrane oczekiwania:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nauka metod terapeutycznych</li> <li>➤ Diagnozowanie dziecka</li> <li>➤ Ustalenie wskazań do dalszej terapii z dzieckiem</li> <li>➤ Przygotowanie płatnego programu edukacyjno-terapeutycznego na dalsze 6 miesięcy pracy z dzieckiem po turnusie rehabilitacyjnym.</li> </ul>
27.	Dokumenty dotyczące dziecka, które zostaną przesłane do PCTP przed turnusem ( <i>kopie</i> ).	Diagnozy psychologiczne – posiadam- dostarczę tak/nie Diagnozy medyczne- posiadam – dostarczę tak/nie Diagnozy logopedyczne – posiadam- dostarczę tak/nie Informacje z książeczki zdrowia – posiadam- dostarczę tak/nie
<b>INFORMACJE DODATKOWE:</b>		
28.	Czy dziecko posiada zainteresowania? /Jakie? Wymienić/	
29.	Czy dziecko lubi określone aktywności - jakie ( <i>np. wyjście na spacer, pływanie, jazda na rowerze, inne</i> )	
30.	Ulubione potrawy:	
31.	Czy uczestniczy w zajęciach rehabilitacyjno-terapeutycznych?	
32.	Czy w rehabilitacji wykorzystywana jest określona metoda rehabilitacyjna? Jeśli tak to, jaka to metoda?	
33.	Zabawa i zainteresowania przedmiotami ( <i>zabawa - czym lub, w co?</i> )	
34.	Reakcja na bodźce: wzrokowe, słuchowe, dotykowe, smakowe, węchowe (czy dziecko reaguje na bodźce silnie, czy zbyt słabo, czy jest nadwrażliwe na określone bodźce - jakie? Opisać rodzaj zaburzenia – średni, duży.	<b>Opisać dokładnie rodzaje zaburzeń z podziałem na:</b> Zmysł równowagi..... ..... Zmysł dotyku..... ..... Zmysł słuchu..... ..... Zmysł wzroku..... ..... Zmysł smaku..... ..... Zmysł węchu..... .....
35.	<b>Oświadczenie organizatora Turnusu –Pomorskiego Centrum Terapii Pedagogicznej</b>	Złożenie wniosku na turnus psychoterapeutyczny nie jest jednoznaczne z przyznaniem miejsca na turnusie przez organizatora, czyli PCTP. Rezerwacja miejsca na turnusie wiąże się z pisemnym potwierdzeniem miejsca przez Organizatora.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna

### WNIOSEK NR 2- DANE ORGANIZACYJNO-FINANSOWE

Miejscowość Turnusu- <i>podkreślić wybrany</i>	Wybraną datę turnusu- <i>podkreślić wybrany miesiąc</i>	Dokładana ilość wyjeżdżających osób	Ilość miejsc zakwaterowania ( <i>*wpisać ilość osób</i> )	Ilość porcji \wyżywienia - porcji
Koszalin Mrzeżyno <i>*podkreślić wybrany turnus</i>	czerwiec 2008 sierpień/wrzesień 2008	- dziecko niepełnosprawne..... - rodzic/opiekun..... - drugi opiekun ..... - dzieci do 3 lat ..... - dzieci powyżej 3 lat ..... <i>*wpisać ilość osób</i>		1 porcja 2 porcje 3 porcje 4 porcje 5 porcji <i>*Podkreślić ilość zamówionych porcji wyżywienia</i>
<b>Kto jest płatnikiem za pobyt na turnusie uczestników?</b>	Adres płatnika - <i>należy podać dokładne dane kto reguluje i w jakiej wysokości płatność za pobyt na turnusie?</i>	PCPR- dokładny adres właściwego PCPR-u, telefon. decyzja o przyznanym dofinansowaniu ( <i>po jej otrzymaniu</i> ).		
Wpłata własna- <i>- dane do faktury: * jeśli wystąpi wpłata własna rodzica?</i>		<i>*Dokładny adres i nazwisko odbiorcy faktury- ewentualny opis faktury:</i>		
Fundacja/organizacja- <i>dokładne dane do faktury: ( przedstawić zobowiązanie na piśmie do zapłaty za turnus oraz termin uregulowania płatności ). Dane – nazwa, adres, NIP –organizacji. *jeśli wystąpi dofinansowanie z fundacji?</i>				
Dane do faktury? <i>Wpłata zakładu pracy – określić wysokość wplaty? *jeśli wystąpi dofinansowanie z zakładu prac?</i>		<i>*Dane – nazwa, adres, NIP zakładu pracy.</i>		
<i>* Uwaga!</i>		<i>Podane dane zostaną uwzględnione w wystawionych fakturach. Płatności za turnus muszą być uregulowane przed rozpoczęciem turnusu – dotyczy wpłat własnych oraz wpłat z organizacji i zakładów pracy.</i>		
<i>Oświadczenie – dotyczące zdjęć i materiałów filmowych przygotowanych podczas trwania turnusu rehabilitacyjnego organizowanego przez PCTP.</i>		<i>Wyrażam zgodę na udostępnianie zdjęć oraz materiału filmowego nagranych podczas trwania turnusu organizowanego przez PCTP w celach dydaktycznych, diagnostycznych, szkoleniowych, informacyjnych.</i>  <i>Podpis rodziców/opiekunów</i>		
Planowany przyjazd na turnus: - godziny?				