

**JELENTKEZÉSI LAP AUTISTA ÖNISMERETI CSOPORTBA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **I. Személyi adatok** | Érkezett: | | |
|  |  |  | |  |
| Gyermek neve: | | Oktatási azonosítója: | | |
|  |  |  | |  |
| Születési hely, idő: | |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Anyja leánykori neve: | | Telefonszám: | | |
|  |  |  | |  |
| Apa neve: | | Telefonszám: | | |
|  |  |  | |  |
| Gondviselő neve: | | Telefonszám: | | |
|  |  |  | |  |
| Lakcím: | | E-mail cím: |  |  |
|  |  |  | |  |
| Értesítési név, cím: | |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Jelenlegi intézménye: | | Osztályfok: | | |
|  |  |  | |  |
|  | **II. Információk a jelentkezéshez** |  | |  |

|  |
| --- |
| Jellemezze a fiatalt néhány mondatban! (erősségek, akadályok, érdeklődési körök…) |
| Mikor kapott diagnózist? |
| Korábban fordultak-e már szakemberhez, jelenleg vesz-e részt ellátásban? |
| Mit közölne még a családdal, oktatási intézménnyel kapcsolatban? |

|  |
| --- |
| **Fontos információk:**  Neuroaffirmatív szemléletben dolgozunk, az önismereti csoport szemléletét az idegrendszeri sokszínűség elfogadása, változatos kommunikációs lehetőségek biztosítása, fidget eszközök használatának szabadsága alapozza meg.  A jelentkezés után szülőkonzultáció várható, ahol a csoportról részletes információkat nyújtunk. Kérjük a konzultációra az egészségügyi és egyéb fontos dokumentumokat megtekintésre hozzák magukkal.  ***A csoport heti rendszerességgel szerdánként 15.30-17.00 között zajlik****.* |
| **Tájékoztató:**  Intézményünk a nevelési tanácsadás feladatellátás keretében végzi a csoportos ellátást. A szülőkkel való kapcsolatfelvételt, majd szülőkonzultációt követően a csoport indulása a megadott csoportlétszám (5-6 fő) elérése után várható. Terveink szerint a csoportindulás legkorábbi időpontja 2025. november.  **Nyilatkozat:**  Vállalom, hogy a Szakszolgálatot lehetőség szerint előzetesen értesítem, amennyiben gyermekem nem tud megjelenni a megbeszélt időpontban a terápiás foglalkozáson.  Tudomásul veszem, hogy ha két alkalommal gyermekem előzetes értesítés nélkül nem vesz részt a megbeszélt időpontban a terápiás foglalkozáson, úgy az ellátás számára megszakad.  Alulírott szülő nyilatkozom, hogy gyermekem személyes adatainak kezeléséhez hozzájárulok.  A fentiekkel **egyetértek**, kérem gyermekem ellátását a Szakszolgálattól:  …………………….………………… ………………………………………  Törvényes képviselő(k) aláírása  Dátum: ………………………………  ………..……………………… ……………………………..  Szülők/gondviselők aláírása |