

## Terapia integracji sensorycznej S.I. - procedury i zasady

1. Na terapię przyjmowane są dzieci uczęszczające do Szkoły Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Kobylnicy.
2. Podstawą do przyjęcia dziecka jest aktualna diagnoza procesów integracji sensorycznej wydana przez poradnię psychologiczno-pedagogiczne, bądź inne wydane przez specjalistę.
3. Dzieci, które dodatkowo posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego mają pierwszeństwo w przyjęciu na terapię.
4. Powyższą dokumentację wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie na terapię należy złożyć w sekretariacie szkoły.
5. Wniosek o zakwalifikowanie na terapię SI jest dostępny w plikach szkoły w dzienniku elektronicznym Librus, na stronie internetowej szkoły oraz u terapeuty integracji sensorycznej i pedagoga szkolnego (załącznik nr 1).
6. Terapią mogą być objęte tylko te dzieci, które nie uczestniczą w terapii SI w innych państwowych placówkach oświatowych oraz w placówkach NFZ.
7. Liczbę osób objętych terapią ustala dyrektor szkoły w terminie do 1 września danego roku szkolnego.
8. Nabór na zajęcia odbywa się raz w roku, we wrześniu na podstawie dostarczonych do szkoły orzeczeń, opinii i diagnoz.
9. W przypadku dostarczenia dokumentacji w trakcie roku szkolnego dziecko zapisywane jest automatycznie na listę rezerwową.
10. Analizy dokumentacji dokonuje zespół złożony z terapeuty SI, pedagoga i psychologa szkolnego.
11. W miesiącu wrześniu terapeuta organizuje pracę gabinetu na cały rok szkolny ustalając listę uczniów objętych terapią, informuje rodziców o terminach terapii oraz zbiera zgody rodziców i wymaganą dokumentację.
12. Dzieci zakwalifikowane na terapię uczestniczą w cotygodniowych zajęciach na terenie Szkoły Podstawowej w Kobylnicy.
13. Ostatni tydzień roku szkolnego terapeuta poświęca na przygotowanie końcowej informacji dla rodziców i spotkania indywidualne z rodzicami.
14. Zajęcia, które nie odbyły się z powodu dni wolnych lub nieobecności terapeuty nie są odpracowywane.

15. Rodzic jest zobowiązany powiadomić terapeutę o nieobecności dziecka na zajęciach. Nie odpracowujemy zajęć w przypadku nieobecności dziecka na terapii.
16. Na zajęcia przyjmowane są dzieci zdrowe bez widocznych objawów chorobowych.
17. Dzieci uczestniczące w zajęciach powinny mieć wygodny strój nie krępujący ruchów podczas ćwiczeń.
18. Ze względu na charakter terapii, co najmniej na pół godziny przed rozpoczęciem zajęć, dziecko nie powinno spożywać pokarmów.
19. W przypadku kiedy dziecko rozpoczyna trening słuchowy metodą Tomatisa lub Johanssena (w poradni, gabinecie prywatnym) konieczne jest rozważenie zawieszenia terapii metodą Integracji Sensorycznej na czas trwania treningu.
20. W terapii SI istotna jest współpraca z rodzicami i wykonywanie ustnych zaleceń terapeuty.
21. Przed rozpoczęciem terapii rodzice zobowiązani są do dostarczenia zgody na prowadzenie terapii z dzieckiem, która jest załącznikiem do niniejszego regulaminu (załącznik nr 2).

.....  
Imię i nazwisko rodzica

Kobylnica, dn. ....

.....  
adres

.....  
telefon

**Pani  
Ewa Solnikowska  
Dyrektor  
Szkoły Podstawowej  
w Kobylnicy**

**Wniosek o zakwalifikowanie na terapię integracji sensorycznej**

Zwracam się z prośbą o objęcie mojego dziecka ..... ucznia klasy ..... terapią integracji sensorycznej na podstawie opinii/diagnozy numer ..... z dnia ..... Dokument potwierdzający potrzebę terapii został dostarczony do sekretariatu szkoły. Jestem świadomy/świadoma, że moje dziecko może zostać wpisane na listę rezerwową i będzie oczekiwać na rozpoczęcie terapii.

.....  
czytelny podpis

.....  
Imię i nazwisko rodzica

Kobylnica, dn. ....

.....  
telefon

**Zgoda rodzica na udział dziecka  
w terapii integracji sensorycznej  
w Szkole Podstawowej w Kobylnicy**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ..... ucznia/uczennicy  
klasy ..... w indywidualnych zajęciach z terapii integracji sensorycznej w roku szkolnym 2021/2022.  
Zajęcia odbywać się będą raz w tygodniu zgodnie z harmonogramem pracy gabinetu. Wyrażam zgodę,  
aby terapeuta SI prowadził zajęcia zgodnie ze sztuką i potrzebami indywidualnymi mojego dziecka.

.....  
czytelny podpis rodzica