

**REGULAMIN TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ  
PROWADZONEJ W NIEPUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ  
NR 7 IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE  
W SŁUPSKU**

**I. ZASADY KWALIFIKACJI NA TERAPIĘ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

1. Terapia Integracji Sensorycznej prowadzona w NSP 7 przeznaczona jest głównie dla uczniów Szkoły w wieku 6-11 lat.
2. Terapeuta ma prawo odmówić przyjęcia na terapię dziecka, którego waga i wzrost uniemożliwiają ćwiczenia na sprzęcie specjalistycznym.
3. Podstawą do przyjęcia dziecka na terapię jest złożenie stosownego wniosku (**załącznik nr 1**) w sekretariacie Szkoły.
4. Na terapię przyjmowane są dzieci z pełną diagnozą procesów integracji sensorycznej wskazaną: w orzeczeniach lub opiniach z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, w zaświadczeniach z poradni specjalistycznych, w zaświadczeniach psychologa, neurologa oraz w zaświadczeniach wydanych przez terapeutów Integracji Sensorycznej.
5. Wszystkie dokumenty wymienione w pkt. 4 (opinie, orzeczenia, zaświadczenia) należy złożyć wraz z podaniem o przyjęcie na terapię w sekretariacie Szkoły.
6. W pierwszej kolejności na terapię przyjmowani są uczniowie Szkoły posiadający orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, w których zawarto wskazania do terapii SI.
7. W przypadku dużej liczby dzieci oczekujących na terapię o zakwalifikowaniu decydować będzie data wpływu podania i pełnej dokumentacji.
8. Terapeuta Integracji Sensorycznej na podstawie zebranej dokumentacji decyduje o przyjęciu dziecka na terapię.
9. Rodzice/opiekunowie dziecka zakwalifikowanego na terapię Integracji Sensorycznej zobowiązani są podpisać zgodę na udział w terapii i dostarczyć ją terapeutce przed rozpoczęciem zajęć (zgodą będzie obowiązywała na czas trwania terapii) (**załącznik nr 2**).

## II. REGULAMIN PROCESU TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

1. Przed rozpoczęciem terapii rodzice/opiekunowie zobowiązani są przekazać terapeutę niezbędne informacje o stanie zdrowia dziecka i przyjmowanych lekach.
2. Jeżeli terapia odbywać się będzie nie bezpośrednio przed zajęciami lub po zajęciach lekcyjnych, to rodzice/opiekunowie ponoszą odpowiedzialność za opiekę nad dziećmi.
3. Jeżeli dziecko uczęszcza na terapię samodzielnie, to rodzice/opiekunowie przekazują terapeutę odpowiednią zgodę (**załącznik nr 3**).
4. W czasie trwania terapii Integracji Sensorycznej rodzice/opiekunowie przebywają poza salą zajęć, w uzasadnionych przypadkach mogą być obecni na zajęciach terapeutycznych.
5. Zajęcia prowadzone są raz w tygodniu w wymiarze 60 minut (spóźnienie nie powoduje przedłużenia spotkania). Terapeuta z każdym dzieckiem pracuje indywidualnie.
6. Dziecko powinno posiadać swobodny strój nieograniczający ruchy (dres, skarpety na zmianę).
7. Nieobecność dziecka zgłaszana jest za pośrednictwem dziennika elektronicznego przez rodziców/opiekunów z wyprzedzeniem co najmniej jednodniowym.
8. Osoby oczekujące na terapię SI mogą ją rozpocząć w ciągu roku szkolnego po zwolnieniu miejsca.
9. Terapeuta zobowiązuje się informować na bieżąco rodziców/opiekunów o wpływie terapii na proces regulacji wrażeń sensorycznych i zasadności stosowania proponowanych zaleceń i zadań.
10. Rozmowa z rodzicami/opiekunami na temat dziecka odbywa się bezpośrednio przed lub bezpośrednio po sesji terapeutycznej.
11. Rodzice/opiekunowie powinni nadzorować wykonywanie ćwiczeń domowych zadanych przez terapeutę.
12. O kontynuacji lub zaprzestaniu terapii Integracji Sensorycznej decyduje terapeuta prowadzący dziecko.

## ZAŁĄCZNIK NR 1

### Wniosek rodzica/opiekuna o objęcie dziecka terapią Integracji Sensorycznej

Ja ....., rodzic/opiekun .....  
ucznia klasy ..... Niepublicznej Szkoły Podstawowej nr 7 im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Słupsku, proszę o objęcie mojego dziecka terapią Integracji Sensorycznej.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w zajęciach  
terapii Integracji Sensorycznej.

.....  
*data i podpis rodzica/ opiekuna*

## ZAŁĄCZNIK NR 2

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka .....  
ucznia klasy..... w prowadzonej w Niepublicznej Szkole Podstawowej  
nr 7 im. Marii Skłodowskiej-Curie w Słupsku terapii Integracji Sensorycznej.

Potwierdzam, że zgoda będzie obowiązywała na czas trwania procesu terapii Integracji  
Sensorycznej. Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka  
w zajęciach terapii Integracji Sensorycznej.

.....  
*data i podpis rodzica / opiekuna*

## ZAŁĄCZNIK NR 3

Oświadczam, że mój syn/córka ..... uczeń / uczennica  
klasy .....  
ma moją zgodę na samodzielne przyjscie do szkoły oraz powrót do domu po skończeniu terapii  
Integracji Sensorycznej.

Równocześnie oświadczam, że po opuszczeniu szkoły przez syna/córkę przejmuję nad nim/nią  
od szkoły bezpośrednią opiekę i biorę na siebie pełną odpowiedzialność za jego/jej bezpieczeństwo  
i zachowanie oraz sposób powrotu do domu.

.....  
*data i podpis rodzica / opiekuna*