

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna
.....
adres
.....

Stalowa Wola,.....

STOWARZYSZENIE
NA RZECZ OSÓB SZCZEGÓLNEJ TROSKI
„NADZIEJA”

Proszę o objęcie mojego dzieckaur.;
Imię i nazwisko

terapiąprowadzoną przez
nazwa zajęć imię i nazwisko terapeuty

WARUNKI KONTRAKTU TERAPEUTYCZNEGO

1. Rodzice/opiekunowie zobowiązują się do:

- Przestrzegania terminów wizyt i dbaniu o regularne uczestnictwo dziecka w zajęciach
- Przestrzegania zaleceń terapeuty i współpracy z nim w zakresie oddziaływań wobec dziecka oraz wykonywaniu z nim ćwiczeń w domu
- Niezwłocznego informowania terapeuty o nieobecności na zajęciach dziecka w przypadku choroby
- Podpisywania list obecności
- Powiadomienia, bez podawania przyczyny, terapeuty o rezygnacji z zajęć przed ustalonym terminem

2. Terapeuta zobowiązuje się do:

- Wymiany informacji na temat przebiegu zajęć oraz postępów dziecka w pracy
- Opracowania harmonogramu spotkań: zawierającego datę, dzień oraz godzinę
- W przypadku konieczności zmiany terminu zajęć, uprzedzenia o tym fakcie i powiadomienia o nowym terminie
- Prowadzenia ewidencji czasu pracy oraz dziennika zajęć
- Powiadomienia Stowarzyszenia „Nadzieja”, o zakończeniu przed terminem zajęć z dzieckiem

3. Ustalenia ważne dla obu stron:

- a) zajęcia będą prowadzone w okresie od.....do....., w ilości.....,*
- b) godzina terapeutyczna trwa minut, kwota za 1 godz. zł,
- c) częstotliwość wpłat: miesięczna,
- d) wpłaty za zajęcia dokonywane są w terminie do 25 dnia miesiąca za dany miesiąc terapii na konto: Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Szczególnej Troski „Nadzieja” nr konta 33 9430 0006 0023 9921 2000 0001 z dopiskiem: opłata za zajęciaza godzin
- e) niedopełnienie warunków kontraktu pkt. 3a,b,c spowoduje zerwanie kontraktu
- f) kontrakt sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach
- g) terapeuta przekazuje zawarty kontrakt, w celu zawarcia umowy zlecenia do Stowarzyszenia „Nadzieja”
- h) inne.....

.....
Podpis terapeuty

.....
Podpis rodzica

* -minimalna ilość godzin terapii wynosi 10 godzin