**SENSORKI GABINET SI Katarzyna Franecka- Nowak**

**NIP:8521150410 REGON: 54023378**

**TEL.:783936714**

**Mail:sensorki.si@gmail.com**

**UL. AL.. WOJSKA POLSKIEGO 70**

**70-479 SZCZECIN**

Niniejszy regulamin zajęć terapeutycznych określa zasady i warunki uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych prowadzonych przez SENSORKI Gabinet SI Katarzyna Franecka – Nowak , zwanym dalej Gabinetem.

Wskazany Gabinet świadczy usługi specjalistyczne w zakresie diagnozy i terapii integracji sensorycznej, treningu umiejętności społecznych( TUS), diagnozy i terapii ręki i stopy, zajęć rewalidacyjnych, zajęć korekcyjno–kompensacyjnych.

**REGULAMIN ZAJĘĆ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

1. Przed pierwszymi zajęciami zazwyczaj wymagane jest spotkanie z Rodzicem/Opiekunem bez udziału dziecka. Rodzice/ Opiekunowie zobowiązują się przekazać terapeucie niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, jego rozwoju psychomotorycznego i sytuacji środowiskowej w celu właściwego doboru metod terapeutycznych oraz nie zatajania przed terapeutą jakichkolwiek informacji mogących mieć wpływ na decyzję co do możliwości przeprowadzenia z dzieckiem zajęć, w tym prowadzonych terapii w innych ośrodkach.
2. Przy zapisach na terapię SI honorowana jest diagnoza z innej placówki, nie starsza niż 6 miesięcy od daty jej przeprowadzenia.
3. Każde dziecko ma ustalony dzień i godzinę kiedy uczestniczy w zajęciach. Na prośbę Rodzica/Opiekuna lub terapeuty możliwe jest wprowadzenie modyfikacji w tym zakresie.
4. Zakres odziaływań, intensywność oraz dobór metod stosowanych podczas zajęć dostosowane są do potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka oraz jego aktualnej kondycji psychofizycznej.
5. Zajęcia trwają 50 minut.(TUS zajęcia grupowe 80 min. Zajęcia usprawniające umiejętności szkolne- 45 min.)
6. Terapeuta ma prawo poprosić Rodziców/Opiekunów o opuszczenie sali lub przeciwnie o towarzyszenie dziecku podczas zajęć, jeśli podnosi to efekt terapii. Zazwyczaj spotkania odbywają się bez obecności Rodziców/Opiekunów.
7. Rodzice/Opiekunowie proszeni są o punktualne przyprowadzanie i odbieranie dzieci po zakończeniu zajęć. W przypadku spóźnienia zajęcia nie będą przedłużone.
8. Konsultacje z Rodzicami/Opiekunami przeprowadzane są na początku lub na końcu zajęć. Możliwe jest również dodatkowe spotkanie lub rozmowa telefoniczna w celu wyjaśnienia wszystkich kwestii dotyczących prowadzonej terapii.
9. W zajęciach mogą uczestniczyć tylko dzieci zdrowe.(katar , kaszel jest objawem choroby);
10. Dzieci powinny być ubrane w wygodny strój umożliwiający nieskrępowane ruchy, ćwiczą w skarpetach antypoślizgowych lub na boso. Przed zajęciami należy zdjąć dziecku łańcuszki, zegarki itp. Dziecko powinno mieć na zajęciach małą butelkę wody.
11. Na minimum godzinę przed zajęciami dziecko nie powinno spożywać posiłku.(ewentualnie lekkostrawną przekąskę);
12. Z inicjatywy terapeuty lub Rodzica/Opiekuna możliwe jest przeprowadzenie telefonicznych konsultacji z osobami zaangażowanymi w proces edukacji i terapii dziecka.
13. Rodzic/Opiekun zobowiązuje się do:
* przestrzegania zaleceń terapeuty dotyczących pracy i postepowania z dzieckiem w domu;
* informowania o równoległym poddawaniu dziecka innym oddziaływaniom terapeutycznym/leczniczym/rehabilitacyjnym;
* udostępniania stosownej dokumentacji w celu dokonania pełnej diagnozy i prowadzenia rzetelnej terapii;
* przekazywania na bieżąco wszelkich informacji istotnych z punktu widzenia programowania oddziaływań terapeutycznych ( np. dotyczących stanu zdrowia dziecka, nasilenia się zachowań autostymulacyjnych, problemów pojawiających się w środowisku rodzinnym/przedszkolnym/szkolnym);
1. Rodzic/ Opiekun ma prawo do zachowania poufności swoich i dziecka danych personalnych, jak i wyników terapii. Przechowywana u nas dokumentacja nie będzie przekazywana ani ujawniana osobom trzecim.

Rodzic/ Opiekun ma prawo wglądu do dokumentacji terapeutycznej swojego dziecka.

1. Zajęcia odbywają się na terenie gabinetu w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00 w soboty od 8.00. do 16.00.W niedziele i święta gabinet jest nieczynny.

**ZASADY ROZLICZEŃ ZA ODBYTE ZAJĘCIA**

**1.**Płatność za zajęcia dokonywana jest gotówką przed pierwszymi zajęciami w danym miesiącu lub przelewem BLIK na nr konta: ING :**36 1050 1559 1000 0090 8445 7101 z dopiskiem „ terapia” ,imię i nazwisko dziecka.** Za okres rozliczeniowy uznaje się jeden miesiąc kalendarzowy.

2.Na życzenie Rodzica/Opiekuna wystawiany jest rachunek i przekazywany na koniec miesiąca.

3.Na prośbę Rodziców/Opiekunów wystawiane są zaświadczenia, opinie, itp.. Są one dodatkowo płatne a ich koszt ustalany jest indywidualnie w zależności od stopnia szczegółowości dokumentu.

4. Pisemne wskazówki do pracy w domu/przedszkolu/szkole, zalecenia, programy diet sensorycznych, sekwencje stymulacyjne przekazywane są Rodzicom/Opiekunom bezpłatnie( w zależności od potrzeb).

5. Brak wpłaty może skutkować nieprzyjęciem dziecka na zajęcia terapeutyczne.

6. Spóźnianie się dziecka na zajęcia nie zobowiązuje terapeuty do przedłużania zajęć, a cena zajęć nie zostaje zmniejszona.

7. Przed terminem omówienia diagnozy, wymagane jest uiszczenie opłaty na konto , jak w punkcie 1.

8.Rodzic/ Opiekun ma prawo zrezygnować z terapii z końcem miesiąca, jeżeli złoży pisemne oświadczenie, powiadamiając o tym fakcie poprzez:

* bezpośrednią rozmowę telefoniczną na nr 783 936 714 lub SMS
* E-mail; sensorki.si@gmail.com

Rezygnację uznaje się za ważną tylko w chwili otrzymania informacji zwrotnej od Gabinetu.

**ZASADY ROZLICZEŃ ZA ODWOŁANE ZAJĘCIA**

1. Nieobecność dziecka na zajęciach proszę zgłaszać ( najpóźniej) do godziny 19.00. dnia poprzedzającego planowane zajęcia poprzez sms lub bezpośrednią rozmowę telefoniczną ( tel.: **783 936 714**);
2. W przypadku zgłoszenia nieobecności po godzinie 19.00. dnia poprzedzającego planowane zajęcia, jak również w przypadku nie pojawienia się dziecka na zajęciach rodzic zobowiązuje się uiścić pełną opłatę.
3. Zajęcia odwołane z powodu nieobecności terapeuty przenoszone są na inny , uzgodniony z Rodzicem termin.
4. Zgłaszając pacjenta do Gabinetu Rodzic/Opiekun zobligowany jest do wypełnienia **karty zgłoszenia** zawierającego dane Rodzica/Opiekuna( do wystawienia rachunku) i pacjenta. Dane te są objęte ochroną RODO.
5. Przypadki zdarzeń losowych np. wypadek, nagłe zachorowanie, pobyt dziecka/rodzica w szpitalu) uniemożliwiające udział dziecka w zajęciach będą rozpatrywane indywidualnie!
6. W przypadku regulaminowego zgłoszenia nieobecności dziecka, ustalany jest nowy termin zajęć. Zajęcia ustalone w nowym terminie nie są dodatkowo płatne. W przypadku uzgodnienia terminu zajęć w kolejnym okresie rozliczeniowym( miesiącu) dodatkowe wynagrodzenie nie zostanie pobrane.
7. W przypadku zajęć grupowych nie ma możliwości ustalenia indywidualnego terminu zajęć, zaś opłata za takie zajęcia nie podlega zwrotowi.

**Powtarzająca się nieobecność dziecka na zajęciach, uniemożliwiająca realizację planu terapeutycznego oraz nieprzestrzeganie w/w zasad mogą być powodem rezygnacji terapeuty z prowadzenia zajęć.**

 Podpis Rodzica/Opiekuna: