**SZKOLNE SUPERWIZJE**

**formularz zgłoszeniowy**

**(prosimy o przesłanie wypełnionego formularza na adres:**

**poradnia.tuszynska@gmail.com w terminie do dnia 20.10.2017 r.)**

1. **Imię i nazwisko**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres zamieszkania**

|  |
| --- |
|  |

1. **adres e-mail**

|  |
| --- |
|  |

**4. NR TELEFONU**

|  |
| --- |
|  |

**5. Miejsce zatrudnienia, adres**

|  |
| --- |
|  |

**6. tematy, które chciałbym szczególnie poruszyć na zajęciach superwizyjnych (proszę podkreślić swój wybór /wybory):**

**a. praca indywidualna z uczniem**

**b. praca wychowawcza z grupą klasową**

**c. praca z rodzicami**

**d. profilaktyka uzależnień**

**e. wczesna interwencja wobec ucznia zagrozonego uzależnieniem**

**f. tworzenie programu profilaktycznego szkoły**

**7. zgłaszam swój udział w szkoleniu w grupie (proszę zaznaczyć swój wybór zgodnie z poniższym harmonogramem):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr grupy | zajęcia w godz. 9-14  terminy spotkań: | superwizor prowadzący | Proszę zaznaczyć wybór przy pomocy znaku "x"w odpowiednim wierszu |
| Grupa I | 26.10.2017, 8.11.2017 r. | Barbara Tokarska Piotr Adamiak |  |
| Grupa II | 9.11.2017, 7.12.2017 | Barbara Tokarska Piotr Adamiak |  |
| Grupa III | 20.11.2017, 11.12. 2017 r. | Marek Grondas |  |
| Grupa IV | 27.11.2017, 14.12. 2017 r. | Marek Grondas |  |

(**uwaga:** *miejsce spotkań zostanie określone po zakończeniu rekrutacji*)

………………………..

(data, podpis)