fenomen dotyku matki

bezpłatne szkolenie z zakresu STYMULACJI SYSTEMU TAKTYLNEGO dla mam niepełnosprawnych dzieci

Terminy szkoleń (można zgłosić się tylko na jedno szkolenie, decyduje kolejność zgłoszeń):

- **19-20.07.2008 r** (sobota, niedziela)
- **02-03.08.2008 r** (sobota, niedziela)
- **13-14.09.2008 r** (sobota, niedziela)

UWAGA! W szkoleniu mogą wziąć udział mamy, których dzieci posiadają orzeczenie o niepełnosprawności

Program:

- Rozwój i funkcjonowanie zmysłu dotyku i propriocepcji. Rodzaje czucia.
- Budowa i funkcje skóry.
- Podstawowe struktury ośrodkowego układu nerwowego zaangażowane w procesy percepcji zmysłowej i Integracji Sensorycznej.
- Schemat reprezentacji czuciowej w mózgu.
- Wpływ stymulacji taktylnej na rozwój psychoruchowy dziecka.
- Założenia terapii, omówienie i prezentacja ćwiczeń.
- Omówienie zasad konstruowania programu terapii i oceny jego efektywności.

Czas trwania kursu:

10 godzin dydaktycznych, w sobotę 10.00 – 15.00, w niedzielę 10.00 – 15.00

Miejsce szkolenia:

aCentrum Edukacyjno-Rehabilitacyjnego Centrum Wspierania Rozwoju
ul. Leżajska 1, 02-155 Warszawa

Prowadzący:

Aneta Giczewska, mgr fizjoterapii, terapeuta NDT-Bobath, pedagog specjalny

Organizator:

Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Przyjaciel
www.przyjaciel.pl

Kontakt/Zapisy :

Fundacja Przyjaciel
tel. 022 887 39 55, fax. 022 831 48 79
Majka Wojtanek tel. 511 050 724, e-mail:m.wojtanek@przyjaciel.pl

AXA BEZPIECZEŃSTWO FINANSOWE

Wspieramy **Mamy**

PROJEKT REALIZOWANY W RAMACH PROGRAMU AXA „WSPIERAMY MAMY"

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

fenomen dotyku matki

bezpłatne szkolenie z zakresu STYMULACJI SYSTEMU TAKTYLNEGO
dla mam niepełnosprawnych dzieci

Prosimy wypełnić formularz i przesłać faksem pod nr **022 831 48 79**
e-mailem na adres: **m.wojtanek@przyjaciel.pl**
lub pocztą na adres: **Fundacja Przyjaciel, ul. Nowolipki 27 lok 1a, 01-010 Warszawa**

Terminy szkolenia:
(można zgłosić się tylko na jedno szkolenie, decyduje kolejność zgłoszeń)

☐ **19-20.07.2008 r** (sobota, niedziela)

☐ **02-03.08.2008 r** (sobota, niedziela)

☐ **13-14.09.2008 r** (sobota, niedziela)

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

Adres:

.....

.....

Telefon kontaktowy:

.....

e-mail:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w zakresie niezbędnym dla mojego uczestnictwa w kursach organizowanych przez Fundację Przyjaciel oraz aCentrum Edukacyjno-Rehabilitacyjne Centrum Wspierania Rozwoju.

data podpis