



**SPECJALISTYCZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO -
PEDAGOGICZNA
DLA DZIECI Z NIEPOWODZENIAMI EDUKACYJNYMI
W KRAKOWIE
ul. św. GERTRUDY 2**

tel. 12 422 43 83; 660 637 312

pppddd@op.pl;

www.poradnia-psychologiczna.com

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii metodą Biofeedback

z moim dzieckiem

uczniem klasy szkoły

w roku szkolnym

w następujących terminach

.....

W przypadku niemożliwości zgłoszenia się, w którymś z w/w terminów, zobowiązuję się do wcześniejszego powiadomienia osoby prowadzącej terapię.

Jeśli dziecko nie zgłosi się na trzy kolejne spotkania, bez powiadomienia Poradni, zostanie automatycznie skreślone z listy dzieci korzystających z terapii.

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie mojego dziecka z nauczycielami uczącymi na terenie szkoły.

.....
podpis opiekuna dziecka

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna dla Dzieci z Niepowodzeniami Edukacyjnymi jako administrator danych oświadcza, że dane zawarte w karcie/ wniosku oraz dokumentacji dziecka będzie wykorzystywać i przetwarzać (zbierać, przechowywać, utrzymywać i usuwać) tylko w celu wykonania zadań statutowych Poradni (art. 23, ust. 1., pkt. 5; art. 27, ust. 1, pkt. 4 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 833 z późn. zm. przy zachowaniu postanowień w/w ustawy dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

Kraków,.....

.....
podpis opiekuna dziecka

.....
podpis osoby prowadzącej