

NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

IM. SEBASTIANA FABIANA KLONOWICA W LUBLINIE

20-824 Lublin, al. Warszawska 94, tel. 515271440, 81 741 68 11

e-mail: poradnia@klonowic.lublin.pl, www.klonowic.lublin.pl/poradnia

Zgoda na udział w zajęciach

.....
.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach

.....
odbywających się ww godzinach w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej im. Sebastiana Fabiana Klonowica w Lublinie, al. Warszawska 94, 20-824 Lublin.

Zostałem(-łam) poinformowany(-a) o tym, że osoby prowadzące zajęcia odpowiadają za dziecko wyłącznie podczas trwania zajęć. Rodzice są odpowiedzialni za bezpieczne dotarcie dziecka na zajęcia i powrót do domu.

Imię i nazwisko dziecka.....

ur..... w PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zam.....

.....tel. kontaktowy.....

Przedszkole/szkołagr./kl.

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych naszego dziecka przez Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną im. Sebastiana Fabiana Klonowica w Lublinie. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia zajęć wskazanych w zgodzie.

.....
(data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

- Oświadczam, że wniosek składam i podpisuję: *
- w imieniu obojga rodziców;
 - jako rodzic samotnie wychowujący dziecko;
 - jako opiekun prawny;
 - inne

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* właściwie zaznaczyć stawiając w kratce znak X