

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA  
KLONOWIC W LUBLINIE**

20-824 Lublin, al. Warszawska 94, tel. 515271440, 81 741 68 11  
e-mail: poradnia@klonowic.lublin.pl

**Zgoda na udział w zajęciach**

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

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach  
.....  
odbywających się w .....w godzinach ..... w Poradni Psychologiczno-  
Pedagogicznej Klonowic 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/szkoła .....gr./kl. ....

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

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

Oświadczam, że wniosek składałem 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