



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

Osiedle Centrum 16, 66-300 Międzyrzecz, tel. 504 057 493

Zgoda rodziców na udział ucznia w zajęciach psychoedukacyjnych

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia: PESEL:

Szkoła Klasa

Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

..... Telefon

Adres zamieszkania:

**Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w zajęciach psychoedukacyjnych
prowadzonych przez pracownika Poradni .**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych poradni. Przysługuje mi prawo wglądu oraz poprawienia moich danych osobowych. (Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna