

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Międzyrzeczu
Tel. 957429510, 504057487 e-mail: poradnia@poczta.fm

Zgoda rodziców na udział ucznia w zajęciach psychoedukacyjnych

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia PESEL

Uczeń klasy Szkoły

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

Adres zamieszkania

Telefon

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

Rodzaj zajęć

.....
Data

.....
Podpis rodzica(-ów), prawnego opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych
poradni. Przysługuje mi prawo wglądu oraz poprawienia moich danych osobowych. (Ustawa
z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. Nr 133 poz. 833 z późn. zm.)