**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w zajęciach terapeutycznych w Gabinecie Terapeutycznym „Bystrzaki”**

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach terapeutycznych:   * Zajęcia logopedyczne * Terapia integracji sensorycznej * Diagnoza logopedyczna * Diagnoza integracji sensorycznej * Trening umiejętności społecznej * Terapia pedagogiczna * Inne ………………… | Wymiar zajęć:   * 1 raz w tygodniu * 2 razy w tygodniu   Inne ……………….  Termin ……………godzina …………….. |
| Koszt zajęć:   * …………….zł / …………. * Zajęcia realizowane w ramach opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju WWR | Podstawa zakwalifikowania na zajęcia:   * Na wniosek rodziców * Realizacja opinii nr ………………. * Skierowanie lekarskie |

**Dane dziecka objętego terapią:**

...........................................................................................................PESEL.................................................... Urodzonym dnia..................................w..........................................Tel. do rodziców………………………..

Zamieszkałym w..............................................................................................................................

**Zobowiązania rodzica:**

Zobowiązuję się do regularnego uiszczania opłaty za w/w zajęcia w terminie do 5-go dnia każdego miesiąca z góry na numer konta: ING 50 1050 1559 1000 0090 9011 0785.

W przypadku choroby rodzic zgłasza nieobecność pod nr telefonu 696-929-828.

W przypadku nieobecności dziecka zobowiązuję się uiścić 50% ustalonej stawki za dane zajęcia.

* Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w umowie wyłącznie na potrzeby Gabinetu Terapeutycznego BYSTRZAKI.
* Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej przedszkola [www.bystrzakiszczecin.pl](http://www.bystrzakiszczecin.pl), na stronie facebook przedszkola, w kronice przedszkolnej oraz do celów marketingowych Przedszkola Bystrzaki.

Podpis rodzica/opiekuna ........................................podpis dyrektora placówki ......................................................