

....., dnia
(miejscowość)

Dyrektor Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie
78-200 Białogard, ul. Dworcowa 2

**WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DZIECKA NA „FERIE Z PORADNIĄ”
13-17.02.2017 ROKU**

Imię i nazwisko
(dziecka, podopiecznego)

PESEL _ _ _ _ _

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania

Nazwa i adres szkołykl.

syn/córka *)
(imię i nazwisko matki/opiekunki prawnej*) (imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego*)

zamieszkałych
(miejsce zamieszkania rodziców/ prawnych opiekunów*)

telefon kontaktowy do matki/opiekuna prawnego:

telefon kontaktowy do ojca/opiekuna prawnego:

W razie pilnego kontaktu należy dzwonić do:

Moje dziecko choruje na

Moje dziecko jest uczulone na

Moje dziecko przyjmuje leki

Jednocześnie nie znam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału mojego dziecka w zajęciach „Ferie z Poradnią”.

Informujemy, że w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia dziecka pracownicy poradni podejmą stosowne działania.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody * na wyjście dziecka z opiekunami poza budynek poradni.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody * na wykonywanie zdjęć fotograficznych dziecka i umieszczenie ich na stronie internetowej poradni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych w ramach działalności statutowej PP-P w Białogardzie na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*właściwe podkreślić