

....., 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 szkoły .....  
.....kl. ....

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: .....

Moje dziecko choruje na .....

Moje dziecko jest uczulone na .....

Moje dziecko przyjmuje leki .....

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody \* na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez pracowników poradni.

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

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