



Centrum Terapeutyczno Rozwojowe
ul. Słowackiego 19, 26-670 Pionki

KARTA DZIECKA

imię i nazwisko (Dziecka):

data urodzenia:

PESEL:

adres zamieszkania

Dane do faktury:

.....
.....
.....
.....

ważne informacje dotyczące Dziecka, w szczególności stanu jego zdrowia, mogące mieć istotny wpływ na świadczenie usług:

.....
.....
.....

DANE PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH	
MATKA/OPIEKUN PRAWNY	OJCIEC/OPIEKUN PRAWNY
imię i nazwisko	imię i nazwisko
adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż adres Dziecka)	adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż adres Dziecka)
telefon kontaktowy	telefon kontaktowy
e-mail	e-mail

OŚWIADCZENIA

Zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem Centrum Terapeutyczno – Rozwojowego, z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych oraz ze Standardami Ochrony Małoletnich i w pełni akceptuję ich postanowienia. Jednocześnie zgadzam się na świadczenie na rzecz Dziecka następujących usług:

.....

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego

Zgadzam się na przetwarzanie przez administratora danych osobowych (Centrum Terapeutyczno Rozwojowe Aleksandra Sutkowska) danych osobowych szczególnych kategorii Dziecka, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, przekazanych w związku ze świadczeniem usług. Zgoda dotyczy w szczególności przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej.

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego

Zgadzam się, aby Centrum Terapeutyczno Rozwojowe Aleksandra Sutkowska przysyłała mi informacje o swojej działalności, w tym o aktualnej ofercie, na wskazany powyżej:

- adres e-mail,
- numer telefonu.

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego

Zgadzam się na nagrywanie (wideo lub audio) sesji, w których uczestniczy Dziecko. Nagrania lub ich fragmenty mogą zostać wykorzystane w celu:

- podnoszenia kwalifikacji psychologa/psychoterapeuty (superwizja, certyfikacja), pod warunkiem, że moje nazwisko nie zostanie nigdy udostępnione, a nagrania będą prezentowane jedynie specjalistom z obszaru ochrony zdrowia, którzy są zobligowani do zachowania tajemnicy;
- przeprowadzenia badań diagnostycznych

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego

DOTYCZY SYTUACJI, GDY ZGODA ZOSTAJE UDZIELONA TYLKO PRZEZ JEDNEGO RODZICA:

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe):

- drugi rodzic jest pozbawiony władzy rodzicielskiej,
- władza rodzicielska drugiego rodzica jest ograniczona i nie ma on prawa decydowania o kwestiach zdrowotnych,
- drugi rodzic/opiekun prawny nie zgłasza sprzeciwu na świadczenie wskazanych powyżej usług.

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego

DOTYCZY SYTUACJI, GDY OSOBA UKOŃCZYŁA 16 LAT:

