

Zgoda drugiego rodzica

Ja niżej podpisany/na

.....

Legitymujący/ca się dowodem osobistym seria nr

wydanym przez

ojciec/matka (imię i nazwisko dziecka).....

urodzonego (data urodzenia)

w (miejsce urodzenia)

Wyrażam zgodę Panu/Pani (imiona i nazwisko drugiego rodzica):

.....

- na niżej wybrane działania w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Pabianicach:

1. Składanie i odbieranie dokumentów TAK/NIE*,
2. Zapisywanie dziecka na wizytę u psychologa, pedagoga, logopedy, doradcy zawodowego TAK/NIE*,
3. Zapisywanie i udzielanie wszelkich niezbędnych zgód na zajęcia terapeutyczne TAK/NIE*,
4. Przekazywanie informacji o moim dziecku drugiemu rodzicowi TAK/NIE*,
5. Przekazywanie informacji o moim dziecku do przedszkola/szkoły, do której uczęszcza dziecko TAK/NIE*,
6. Przekazanie dokumentacji mojego dziecka do innej poradni psychologiczno – pedagogicznej TAK/NIE*,

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą dotyczącą ochrony danych osobowych RODO moich i mojego dziecka obowiązującą w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Pabianicach i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w wybranych wyżej przypadkach.

.....

Czytelny podpis rodzica

*- właściwe podkreślić