

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 nazwiska 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