

.....
(miejsowość, data)

ZGODA NA TERAPIĘ LOGOPEDYCZNĄ

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody
(niepotrzebne skreślić)
na objęcie mojego dziecka

.....
(imię, nazwisko, grupa dziecka)

terapią logopedyczną w Przedszkolu nr 151 przez logopedę przedszkolnego
panią Martę Wójcik w warunkach zagrożenia COVID-19.

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

Po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, na podstawie i zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 lit. b, c - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U. L 119 z 4.5.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez logopedę z Przedszkola nr 151 z siedzibą w Warszawie, przy ul. Zacisznej 3 w:

zakresie:

- danych dziecka (imię, nazwisko, data urodzenia, informacje związane z rozwojem, stanem zdrowia i zachowaniem),
- moich danych (imię, nazwisko, informacje związane ze stanem zdrowia, nr telefonu, adres e-mail);

celu:

- realizacji terapii logopedycznej (diagnoza, przekazywanie informacji związanych z organizacją i przebiegiem terapii)

okresie:

- całego pobytu mojego dziecka w Placówce.

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