

FORMULARZ DO PODPISU

Zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na konsultację dziecka

Formularz wypełnia i podpisuje rodzic lub opiekun prawny przed
pierwszym spotkaniem.

Dane dziecka

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

DATA URODZENIA

DYSCYPLINA SPORTOWA I KLUB

Dane rodzica lub opiekuna prawnego

IMIĘ I NAZWISKO

E-MAIL

TELEFON

Oświadczenie

Jako rodzic lub opiekun prawny wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konsultacjach psychologicznych prowadzonych przez Beatę Chaberek, psychologa sportu. Oświadczam, że zapoznałam się lub zapoznałem się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych oraz z regulaminem konsultacji i akceptuję ich treść.

Oświadczam, że jestem uprawniona lub uprawniony do wyrażenia tej zgody, a drugi rodzic lub opiekun prawny nie wnosi sprzeciwu wobec udziału dziecka w konsultacjach.

Zgody szczegółowe

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia i samopoczucia mojego dziecka w zakresie niezbędnym do prowadzenia konsultacji (art. 9 ust. 2 lit. a RODO).
- ☐ Wyrażam zgodę na prowadzenie konsultacji w formie online, przy użyciu ustalonej platformy do wideorozmów.
- ☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i mailowy w sprawach organizacyjnych.
- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Beaty Chaberek materiałów o wspieraniu dziecka w sporcie. Zgoda jest dobrowolna i mogę ją wycofać w każdej chwili. (opcjonalnie)

Podpisy

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

PODPIS DRUGIEGO RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŚLI DOTYCZY)
