



CENTRUM
SPECJALISTYCZNE

BAAS

SPRZEDAWCA:
AGENCJA SEDNO SP. Z O.O.
BATOREGO 34/7
59-220 LEGNICA

GABINETY:
CENTRUM SPECJALISTYCZNE BAAS
CHOJNOWSKA 96C
59-220 LEGNICA

NIP: 691-24-16-207
REGON: 020785445
KRS: 0000308948
KAPITAŁ ZAKŁADOWY: 65000 PLN



SURDO-
LOGOPEDA



LOGOPEDA



NEURO-
LOGOPEDA



PSYCHOLOG



PEDAGOG

ZGODA NA KONSULTACJĘ/TERAPIĘ PSYCHOLOGICZNĄ DZIECKA

(PROSIMY WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI)

JA, NIŻEJ PODPISANA/NY:

ZAMIESZKAŁY:

.....
IMIĘ I NAZWISKO WIELKIMI LITERAMI

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji/terapii psychologicznej
mojego dziecka/podopiecznego:

.....
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/PODOPIECZNEGO

.....
DATA URODZENIA

z PSYCHOLOGIEM w Centrum Specjalistycznym BAAS wg danych jak w nagłówku.

Jestem świadomy/a celu i charakteru konsultacji/terapii oraz wyrażam zgodę na udział dziecka
w tych działaniach. Ponadto potwierdzam, że jestem opiekunem prawnym/rodzicem dziecka
i nie zgłaszam sprzeciwu wobec podjęcia przez drugiego rodzica/opiekuna prawnego
decyzji o konsultacji/terapii psychologicznej. W tym celu i zakresie będą przetwarzane podane
przez mnie powyżej dane osobowe.

.....
MIEJSCOWOŚĆ

.....
DATA

.....
PODPIS