

ZGODA

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka (imię i nazwisko)

.....

w zajęciach kynoterapeutycznych prowadzonych przez

.....

w

2. Wyrażam zgodę na gromadzenie i analizę dokumentacji przez terapeutę: TAK – NIE *

3. Wyrażam zgodę na wykonywanie i publikację dokumentacji multimedialnej z zajęć z zachowaniem anonimowości danych osobowych: TAK – NIE *

* Właściwie otoczyć kółkiem

W załączeniu:

- skierowanie na kynoterapię
- opinia lekarska stwierdzająca brak przeciwwskazań do zajęć kynoterapii

....., dnia

Miejscowość

.....

Podpis rodzica \ opiekuna

Dokument opracowany przez:



www.kynoterapia.eu