



Zgoda na udział dziecka w zajęciach TRE®

Ja, niżej podpisana / podpisany _____

jako rodzic / prawny opiekun dziecka potwierdzam, że zapoznałam / zapoznałem się z listą

przeciwwskazań zamieszczoną poniżej i wyrażam zgodę na udział

_____ w zajęciach TRE®.

Lista przeciwwskazań:

- Poważne zaburzenia ciśnienia krwi
- Zaburzenia pracy serca (arytmia, rozrusznik, operacje)
- Hypo / Hiperglikemia
- Cięża
- Psychoza
- Głęboka depresja
- Schizofrenia
- Okres do 6 tygodni po złamaniu kości, skręceniu stawów, operacji

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę „Psycholog Małgorzata Szczyglak” w celu oceny możliwości uczestniczenia w zajęciach i ich skuteczności. Oświadczam, że zostałam poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Administratorem danych jest Małgorzata Szczyglak tel. 509-655-543.

(data)

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

