

FORMULARZ REJESTRACYJNY

DO TERAPII METODĄ TOMATISA

Imię i nazwisko dziecka	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
PESEL	
Przedszkole/ szkoła/ grupa/ oddział	
Imię i nazwisko (rodzica/ opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)	
Nr telefonu (lub rodzica/ opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej)	
adres e-mail (drukowanymi)	
Choroby współistniejące	
Zgoda lekarza pierwszego kontaktu na uczestnictwo dziecka w terapii metodą Tomatisa (podać datę dok. i przychodnię) Oryginał dołączyć do podania	
Przyjmowane leki	

Obowiązek informacyjny:

Administratorem danych osobowych jest Fundacja Osób Wykluczonych Oblicza Życia, Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Oblicza Życia” w Płocku przy ul. Drętkiewicza 2, 09-410 Płock, tel.: 881206506, adres e-mail: poradnia@obliczazycia.pl Podane w zgłoszeniu/wniosku dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych - RODO) oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym niepublicznych poradni specjalistycznych. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, mogą być one udostępnione jedynie w sytuacji, gdy zwróci się o to uprawniony na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa organ w ramach prowadzonego przez siebie postępowania (np. policja, prokuratura, sąd). Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego-Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia*

*Niepotrzebne skreślić.