



SiSens Centrum Integracji Sensorycznej

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Na udział w zajęciach TUS

Ja niżej podpisany/a

Numer telefonu do kontaktu

Wyrażam zgodę na dziecka/podopiecznego na zajęcia **Treningu Umiejętności Społecznych**

_____ (imię i nazwisko)

PROSZĘ POSTAWIĆ ODPOWIEDNI ZNAK W KRATKACH

- Oświadczam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające mojemu dziecku/ podopiecznemu udział w diagnozie/terapii
- Oświadczam, że są mi znane zasady udziału w zajęciach oraz program terapii.
- Zobowiązuję się do zapewniania uczestnictwa dziecka w zajęciach oraz stosowania się do zaleceń auczyciela/terapeuty.
- Zapoznałem się i akceptuję Regulamin SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedziba w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego przez SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedziba w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28.
- Wyrażam zgodę do kontaktu pod podanym numerem telefonu w celu potwierdzenia bądź odwołania zajęć.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego jest Kinga Kietlińska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą: SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedzibą w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28, tel.: 600 130 760; e-mail: kontakt@sisens.pl;
2. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka zawarte w formularzu będą przetwarzane w celu przeprowadzenia diagnozy/terapii.
3. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą przetwarzana na podstawie przepisów *Ustawy o zawodzie psychologa o samorządzie zawodowym psychologów z dnia 8 czerwca 2001 r. (Dz.U. Nr 73, poz. 763 z późn. zm.)* oraz *Kodeks etyczny terapeuty integracji*

sensorycznej (SI oraz standardy prowadzenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej obowiązujące w Polskim Stowarzyszeniu Terapeutów Integracji Sensorycznej dotyczący wszystkich terapeutów kończących certyfikowane kursy II stopnia.

4. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedzibą w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, przede wszystkim na potrzeby prowadzonej diagnozy/terapii tj.: pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby rzetelnie wykonywać swoje obowiązki.

5. SiSens Centrum Integracji Sensorycznej Kinga Kietlińska z siedzibą w 05-091 Ząbki, ul. Torfowa 28, nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego do państwa trzeciego.

6. Pana/Pani dane osobowe oraz dane osobowe Pana/Pani dziecka/podopiecznego będą przechowywane przez czas przeprowadzenia diagnozy i czas trwania terapii, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie na dalsze przetwarzanie swoich danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego. Skorzystanie z prawa cofnięcia nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

9. Przysługuje Panu/Pani prawo do przenoszenia swoich danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego.

10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie prawidłowych Pana/Pani danych osobowych oraz danych osobowych Pana/Pani dziecka/podopiecznego jest warunkiem przystąpienia do diagnozy/terapii.

* **RODO** – Rozporządzenie 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.

(miejsce, data)

(czytelny podpis rodzica/ opiekuna)