

**Administratorem danych osobowych rodziców/ opiekunów dziecka oraz dziecka  
/podopiecznego jest GAINET TERAPII LOGOPEDYCZNEJ I PEDAGOGICZNEJ mgr Elżbieta  
Jasieczko z siedzibą w Katowicach, ul. Piastów 8**

Dane osobowe zawarte w kartach badaniach mowy, kartach konsultacji będą przetwarzane  
w celach koniecznych do prowadzenia działalności terapeutycznej GABINETU TERAPII  
LOGOPEDYCZNEJ I PEDAGOGICZNEJ mgr Elżbieta Jasieczko

.....

(podpis rodzica, data)

---

Wyrażam / nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych i mojego  
dziecka.

Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych  
(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).

.....

(podpis rodzica, data)

*\*proszę skreślić niewłaściwe*

---

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną odnośnie przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 24 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych oraz z art. 13 ust. 1 i 2 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).

.....

*(Podpis rodzica, data)*

---

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka utrwalonego w formie fotografii lub zapisu video, podczas zajęć w GABINET TERAPII LOGOPEDYCZNEJ I PEDAGOGICZNEJ mgr Elżbieta Jasieczko oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronach portali społecznościowych typu facebook, ulotkach, broszurach, prasie, internecie oraz tablicach ściennych.

Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczych dóbr osobistych ani innych praw.

GABINET TERAPII LOGOPEDYCZNEJ I PEDAGOGICZNEJ może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej zgodzie, w celu promocji działań w zakresie edukacji, terapii, promocji działalności GABINETU TERAPII LOGOPEDYCZNEJ I PEDAGOGICZNEJ.

Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie.

.....

*(czytelne podpis rodzica)*

*\*proszę skreślić niewłaściwe*