


KARTA UCZESTNIKA TERAPII	Fundacja „Obudzić Zmysły” 99-200 Poddębice, ul. Świerczewskiego 6 NIP 8281413607, REGON 101838529 KRS 0000523529			
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA				
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA				
DATA URODZENIA DZIECKA		PESEL DZIECKA		
ADRES ZAMIESZKANIA				
TELEFON KONTAKTOWY				
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH				
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, wizerunku, zdjęć, filmów z udziałem mojego dziecka przez Fundację „Obudzić Zmysły” na potrzeby związane z działalnością statutową oraz udostępnianie go innym podmiotom współpracującym z Fundacją w zakresie prowadzenia terapii.</p> <p>Jednocześnie oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o tym, że administratorem moich danych osobowych jest Fundacja, o przysługujących mi na podstawie o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jedn.: DzU 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.) uprawnieniach, w tym o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz o prawie do ich poprawiania.</p> <p>Oświadczam również, że podałam/-em dane osobowe dobrowolnie.</p>				
..... IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA		 DATA I PODPIS OPIEKUNA	