

PŘÍHLÁŠKA NA SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE FYZIOTERAPEUTEM A SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

FYZIOTERAPIE POHODA s.r.o.



JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

VĚK DÍTĚTE: let

TRÍDA:

JMÉNO RODIČE:

E-MAIL:

PODPIS:

Souhlasím s tím, aby Fyzioterapie Pohoda s.r.o. zpracovávala osobní údaje mého dítěte a moje kontaktní údaje pro účely přihlášení, organizace a realizace screeningového vyšetření dítěte fyzioterapeutem.

Tento souhlas uděluji na dobu nezbytně nutnou k realizaci vyšetření.

Beru na vědomí, že poskytnutí údajů je dobrovolné a že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V rámci vyšetření budou pořizovány foto a video dokumentace nezbytné pro odborné posouzení a vyhodnocení stavu dítěte

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro screeningové vyšetření mého dítěte fyzioterapeutem.

MÍSTO A DATUM:

PODPIS RODIČE:

FYZIOTERAPIE POHODA s.r.o.