

_____, dnia _____ roku

**Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju
Dziecka „Świąteczko” Monika Witaszak
z siedzibą w Obornikach**

OŚWIADCZENIA RODZICA DOTYCZĄCE WIZERUNKU DZIECKA

W związku z udziałem mojego dziecka _____ (dalej: „Dziecko”) w zajęciach terapeutycznych prowadzonych przez Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju Dziecka „Świąteczko” Monika Witaszak z siedzibą w Obornikach (dalej: „Centrum”):

- **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na filmowanie zajęć terapeutycznych prowadzonych przez Centrum z udziałem mojego Dziecka i wykorzystywanie nagrań przez Centrum w celu przygotowania programów i zajęć terapeutycznych dla mojego Dziecka oraz szkolenia terapeutów oraz osób odbywających praktyki i staże w Centrum;
- **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na obserwację zajęć terapeutycznych prowadzonych przez Centrum z udziałem mojego Dziecka, w celach szkoleniowych, przez osoby odbywające praktyki i staże organizowane przez Centrum;
- **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na fotografowanie mojego Dziecka w trakcie zajęć terapeutycznych prowadzonych przez Centrum oraz w ramach organizowanych przez Centrum specjalnych sesji zdjęciowych i na publikowanie tych zdjęć na fanpage’u strony internetowej Centrum oraz rozpowszechnianie ich w materiałach marketingowych (takich jak np. reklamowanie szkoleń i kursów dla osób zainteresowanych tematyką terapii behawioralnej i stosowanej analizy zachowania, zdawanie relacji z codziennej pracy, składanie życzeń urodzinowych i imieninowych podopiecznym)
- **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na udostępnienie przez Centrum wspomnianych wyżej zdjęć mojego Dziecka Fundacji "JA NIE MOGĘ CZEKAĆ" z siedzibą w Obornikach (KRS 0000559741), prowadzącej działalność m.in. na rzecz wczesnego rozpoznawania i diagnozowania zaburzeń rozwojowych u dzieci oraz wspierania i finansowania procesu terapeutycznego, i ich wykorzystanie przez tę fundację w celu: publikowanie tych zdjęć na fanpage’u strony internetowej tej fundacji oraz rozpowszechnianie ich w materiałach promujących działalność stanowiącą cele statutowe fundacji (takich jak: ciągły w ścisłej współpracy z rodziną; podejmowanie działań mających na celu przygotowanie szkoleń i kursów dla osób pragnących poznać zasady terapii behawioralnej i pracować z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi w tym z autyzmem; podejmowanie działań w kierunku poszerzania wiedzy na temat wczesnej interwencji i terapii behawioralnej oraz budowania publicznej świadomości o konieczności wczesnych oddziaływań terapeutycznych; podejmowanie działań w kierunku wspierania i finansowania procesu terapeutycznego);

Udzielenie powyższych zgód jest nieodpłatne.

data, imię i nazwisko, podpis

UWAGA!

Decyzję co do wyrażenia zgody prosimy podejmować osobno w odniesieniu do każdej z powyższych kwestii. Decyzję tę należy wyrazić przez zaznaczenie wybranej opcji.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, w szczególności prowadzenie zajęć terapeutycznych dotyczących Twojego Dziecka przez Centrum nie jest uzależnione od udzielenia zgody w powyższych kwestiach.

Wyrażoną zgodę można w każdym czasie odwołać kontaktując się nami pod adresem ul. Czarnkowska 84, 64-600 Oborniki lub emailem terapiaswiatelko@gmail.com. Ewentualne odwołanie zgody nie będzie obejmować tych materiałów, na których wizerunek Twojego Dziecka został już wcześniej utrwalony.

Szczegółowa informacja na temat przetwarzania danych osobowych przez Centrum zawarta jest na stronie janiemoegczekac.pl.