



DOGOTERAPIA AMIGOS

mgr Marta Budzyńska

tel. 795-115-814

E-Mail: Marta.Budzynska@terapiazpsem.pl

www.terapiazpsem.pl

NIP: 825-206-23-64 Regon: 362-758-423

Zgoda rodzica/opiekuna na uczestnictwo dziecka w zajęciach kynoterapii (dogoterapii)

, dnia

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
w zajęciach kynoterapii (dogoterapii) prowadzonych w.....
przez pracowników „Dogoterapii Amigos” .

Wyrażam zgodę na wykonywanie i publikację dokumentacji multimedialnej z zajęć na stronie Dogoterapii Amigos oraz danej Placówki z zachowaniem anonimowości danych osobowych:

TAK – NIE (niepotrzebne skreślić)

Przeciwwskazania do prowadzenia zajęć (proszę zakreślić):

- alergia na sierść psa,
- otwarte rany, choroby skóry,
- choroby infekcyjne,
- pasożyty,
- podwyższona temperatura,
- dogofobia oraz agresja skierowana przeciwko psu (wskazane zajęcia indywidualne).

Proszę o podanie informacji jakie dziecko posiada schorzenie (np. ADHA, ADD, autyzm, Asperger, nadpobudliwość, nieśmiałość, MPD, Zespół Downa, inne-jakie?)

.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna)