



DANE DZIECKA (UCZESTNIKA TRENINGU)

Wprowadzane do Platformy APD Medical w celu oceny ryzyka zaburzeń przetwarzania słuchowego i przygotowania treningu Neuroflow ATS

Imię:*	
Nazwisko*	
E-mail opiekuna:*	
Data urodzenia:*	
PESEL*	
Telefon kontaktowy:*	
Ulica:*	
Numer budynku:*	
Kod pocztowy Miejscowość:*	
Ręczność:*	leworęczny/praworęczny

Zgoda na przetwarzanie danych:*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w Formularzu danych osobowych oraz w Kwestionariuszu Diagnostycznym Neuroflow w celu oceny ryzyka zaburzeń przetwarzania słuchowego Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.

Podpis rodzica/opiekuna

Data, miejscowość