



Kielce, dnia.....

### **Zgoda rodzica/opiekuna na udział dziecka w zajęciach dogoterapii/kynoterapii**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka.....  
w zajęciach dogoterapii/kynoterapii prowadzonych w.....  
.....  
przez kynoterapeutę Michała Steciaka, Park Aniołów Michał Steciak, NIP: 649 218 36 98,  
realizującego program „PSIjaciele”. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonywanie  
i publikację dokumentacji multimedialnej (zdjęć, filmów, itp.) z zajęć z zachowaniem  
anonimowości danych osobowych.

#### Przeciwwskazania do prowadzenia zajęć:

- alergia na sierść psa,
- otwarte rany,
- choroby skóry,
- choroby infekcyjne,
- pasożyty,
- podwyższona temperatura.

podpis rodzica / opiekuna

.....