

KARTA KLIENTA
Centrum Terapii i Rozwoju Rodziny „Dzieńdoberek”

I. DANE OSOBY, KTÓRA BĘDZIE UCZESTNICZYŁA W ZAJĘCIACH (w przypadku dziecka podać dane dziecka)

1. Imiona i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia
5. PESEL
6. Od kiedy Klient będzie uczęszczać na zajęcia
7. Numer kontaktowy:
8. Czy Klient posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego? Jeśli tak, to z jakiego wskazania?
.....

II. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW* (Wypełnić w przypadku osoby niepełnoletniej)

MATKA/ OPIEKUNKA*	OJCIEC/ OPIEKUN*
1. Imiona i nazwisko matki/ opiekunki*	1. Imiona i nazwisko ojca/ opiekuna*
2. Adres zamieszkania	2. Adres zamieszkania
3. Informacje o stopniu niepełnosprawności (znacznym, umiarkowanym, lekkim, nie)*	3. Informacje o stopniu niepełnosprawności (znacznym, umiarkowanym, lekkim, nie)*
4. Telefon kontaktowy	4. Telefon kontaktowy
5. Adres email	5. Adres email

III. DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY

Nazwa nabywcy	
NIP / PESEL	
Adres	
Dopisek na fakturze*	
Inne informacje	

**np. dopisek wskazany przez konkretną fundację, itp.*

IV. RODZAJE ZAJĘĆ, ICH ILOŚĆ ORAZ DATA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA:

Lp.	Rodzaj zajęć	Ilość zajęć w tygodniu	Data rozpoczęcia	Data zakończenia
1				
2				
3				
4				

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis Klienta / przedstawiciela ustawowego)

V. KLIENT A W RPZYPADKU KLIENTA NIEPEŁNOSPLETNIEGO BĄDŹ POZOSTAJĄCEGO POD OPIEKĄ RODZIC/OPIEKUN OŚWIADCZA, ŹE:

1. Przed wypełnieniem niniejszej karty zapoznał się z aktualnie obowiązującym regulaminem Centrum Terapii i Rozwoju Rodziny „Dzieńdoberek” oraz zrozumiał jego treść i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
2. Zobowiązuje się do terminowego regulowania opłat za zajęcia w Centrum Terapii i Rozwoju Rodziny „Dzieńdoberek”.

.....

(miejsowość, data)

.....

(data i podpis Klienta / przedstawiciela ustawowego)

.....

(data i podpis dyrektora/osoby upoważnionej)

Załączniki:

1. Informacje o przetwarzaniu danych na potrzeby realizacji zajęć w Centrum Terapii i Rozwoju Rodziny „Dzieńdoberek”
2. Karta zdrowia