**POROZUMIENIE NR/ROK ……………**

Zawarte w dniu ………………………………… pomiędzy:

Niepubliczną Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną Maluszek w Poznaniu, reprezentowaną przez Piotra Echausta, zwany dalej „Poradnią”, a

1. Panią …………………………………………………. nr tel. ………………………………………………….

zamieszkałą w ………………………….. kod ………………, ul. os. ………………………………………….

Legitymującą się dowodem osobistym seria i numer ………………, e-mail …………………………………..

1. Panem …………………………………………………. nr tel. …………………………………………………

zamieszkałą w ………………………….. kod ………………, ul. os. ………………………………………….

Legitymującym się dowodem osobistym seria i numer………………, e-mail …………………………………

\*w porozumieniu muszą być zawarte dane osobowe przynamniej jednego rodzica/ opiekuna prawnego

**§ 1**

Rodzice/ opiekunowie prawni deklarują udział w zajęciach terapeutycznych dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko*

Nr PESEL …………………………………………………………………………………………………………………

ur. ………………………………………………. w .…………………………………………………………………….,

zwanego dalej „dzieckiem”.

Informacje o dziecku:

OPINIA O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA NR ……………………………..

z dnia ……………………………………………………………………………………………………………………..

**§ 2**

Szczegółowe zasady organizacji pracy Poradni określa Statut Poradni oraz zarządzenia organu prowadzącego.

**§ 3**

Rodzice/ opiekunowie prawni deklarują:

1. Przestrzeganie postanowień zawartych w Statucie Poradni.
2. Współdziałanie z Poradnią w zakresie wszystkich spraw związanych z pobytem dziecka w placówce.
3. Przyprowadzanie oraz odbieranie dziecka z Poradni osobiście lub przez osobę upoważnioną.
4. Niezwłoczne informowanie Poradni o nieobecności dziecka.
5. Natychmiastowe zawiadomienie Poradni w przypadku wystąpienia u dziecka choroby zakaźnej lub innej mogącej przenosić się na pozostałe dzieci i/lub pracowników Poradni.
6. Przyprowadzanie do Poradni dziecka wyłącznie zdrowego.

**§ 4**

1. Strony mają prawo do rozwiązania niniejszego porozumienia wyłącznie w formie pisemnej na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Organ prowadzący Poradni ma prawo rozwiązać porozumienie bez zachowania 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku zaistnienia przyczyn określonych w Statucie Poradni.
3. Porozumienie może zostać rozwiązane w każdym czasie za zgodną wolą stron.
4. Porozumienie wygasa, bez konieczności jego odrębnego rozwiązania, na skutek:
5. Rażącego naruszenia statutu lub braku współpracy z Poradnią przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka.

**§ 5**

1. Porozumienie sporządzone zostało w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
2. Porozumienie zawarte zostaje na czas nieokreślony.
3. Rodzic/ prawny opiekun potwierdza własnoręcznym podpisem prawdziwość wszystkich przedstawionych danych.

OSOBY UPOWAŻNIONE DO ODBIORU DZIECKA Z PLACÓWKI

1. …………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko/ nr dowodu osobistego)*

1. …………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko/ nr dowodu osobistego)*

1. …………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko/ nr dowodu osobistego)*

…………………………………………………… ……………………………………………………

*Podpis rodzica/ opiekuna prawnego Podpis organu prowadzącego*