|  |
| --- |
| **Metryczka rodzica lub opiekuna prawnego** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Numer kontaktowy:** |  |
| **Adres mailowy:** |  |

**ZGODA NA KONTAKT W CZASIE TRWANIA PROJEKTU**

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, sms-owy oraz mailowy ze strony realizatora projektu Centrum Zdrowia w Opolu sp. z o.o. w celu informowania mnie o sprawach dotyczących projektu „Prewencja Kryzysów Emocjonalnych” ***realizowanego w ramach programu z zakresu zdrowia publicznego dzieci i młodzieży zamieszkujących Miasto Opole, finansowanego z budżetu Miasta Opola.***

……………………………………………………………

 (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**ZGODA MARKETINGOWA**

Wyrażam zgodę na:

□ Kontrakt telefoniczny pod nr…………………………………………………………………………..

□ Informację SMS pod nr………………………………………………………………………………

□ Kontakt mailowy pod adresem ………………………………………………………………………..

Przez Centrum Zdrowia w Opolu sp. z o.o. w celu informowania mnie o nowych formach pomocy tworzonych

i prowadzonych przez specjalistów z ośrodka (np. grupy wsparcia, nowe formy oraz terminy spotkań,

a także ich tematyka). Zgoda może być w każdym momencie wycofana telefonicznie, mailowo

lub osobiście.

……………………………………………………………

 (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Niniejszym cofam powyższą zgodę na:

□ Kontrakt telefoniczny, □ Informację SMS □ Kontakt mailowy

……………………………………………………………

 (data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)