

AKCEPTACJA REGULAMINU USŁUG SI

Potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem usług SI v. 2026.09.01.002 i akceptuję jego treść.

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Imię i nazwisko Rodzica / opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wybieram współpracę z terapeutką (zaznaczyć X):

☐ Magdalena Seifert - środy, czwartki i soboty

☐ Karolina Zielińska - poniedziałki, wtorki i piątki

Data	Czytelny podpis Rodzica / opiekuna

Akceptacja regulaminu nie zastępuje odrębnych oświadczeń dotyczących przetwarzania danych osobowych.