

**PROGRAM GŁOWA DO GÓRY
ZASADY WSPÓŁPRACY I INFORMACJE OGÓLNE**

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego*:

Numer telefonu Rodzica/Opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego*:

Numer telefonu Rodzica/Opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko Dziecka:

Numer telefonu Dziecka (jeśli dotyczy):

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego Dziecka w spotkaniach indywidualnych w obszarze pomocy w nauce ze wsparciem psychologiczno-pedagogicznym (terminy ustalane indywidualnie).

Jestem świadomy, że spotkania mają na celu:

- pomoc w bieżącej nauce i/lub tzw. nadrabianie zaległości,
- wzmocnienie umiejętności adekwatnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stresowych, szczególnie w sytuacjach szkolnych,
- poszukiwanie, wzmacnianie mocnych stron, talentów, pasji,
- kształtowanie poczucia własnej wartości i sprawczości.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Ponoszenia odpłatności za spotkanie w wysokości 100 zł/90 min. od dnia.....

gotówką przelewem po każdym spotkaniu przelewem na koniec miesiąca

Nieobecność na umówionym spotkaniu podlega pełnej odpłatności (istnieje możliwość nieodpłatnego przeniesienia terminu spotkania na inny w tym samym tygodniu – jeśli takie są dostępne)

2. Punktualnego przyprawadzania/odbierania dziecka ze spotkań.
3. Uczestniczenia w spotkaniach monitorujących – każdorazowo po 12 spotkaniach z Dzieckiem (opłata w wysokości 100 zł/spotkanie).

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na samodzielny powrót dziecka ze spotkań.

Dane do faktury (jeśli dotyczy):

.....
.....

Inne ustalenia:

.....
.....
.....
.....

Data i podpis Rodzica/Rodziców/Opiekuna prawnego/Korepetytora/Pedagoga

* właściwie zakreślić