

**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 120 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

Dane rejestrowe podmiotu prowadzącego:

Fundacja Rozwiń Skrzydła, al. J. Piłsudskiego 16, 20-011 Lublin, tel./fax: 81 44 80 057, biuro@rozwinskrzydla.org

KRS: 0000303852 NIP: 946 255 55 01