**VIZSGÁLATI JELENTKEZÉSI LAP**

**Gyermek neve: ……………………………………………………………………………………**

Születési helye, ideje: ……………………………………………………………………………………

Szülő/szülők neve: ……………………………………………………………………………………

Telefonszáma: ……………………………………………………………………………………

E-mail cím: ……………………………………………………………………………………

Lakcím: …………………………………………………………………………………….

Van-e a gyermeknek allergiája (ha igen, mire) vagy valamilyen más egészségügyi problémája?

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

Kérjük, röviden írja le a vizsgálatkérés okát!:

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

Kérjük, x-je be a megfelelőt:

e-mailben szeretnék értesülni a Bölcs Bagoly Tanulóház & Gyermekközpont aktuális programjairól, ajánlatairól.

igen nem

Hozzájárulok, hogy a Bölcs Bagoly Tanulóház & Gyermekközpont foglalkozásain gyermekemről fénykép, videófelvétel készüljön, azokat a részemre eljuttassák, saját közösségi oldalakon közzé tegyék, felhasználják.

**IGEN / NEM** (megfelelő aláhúzandó)

Beleegyezem, hogy a fenti adatokat a Bölcs Bagoly Tanulóház & Gyermekközpont belső nyilvántartásába feltöltsék. (Az adatok kizárólag a Bölcs Bagoly Tanulóház & Gyermekközponton belül kerülnek felhasználásra, azokat tisztességesen, csak meghatározott és törvényes célra tároljuk, és attól eltérő módon nem használjuk fel, harmadik személy részére nem adjuk tovább.)  **IGEN / NEM** (megfelelő aláhúzandó)

**Érd, ……………………………. ……………………………………….**

**szülő aláírása**