

Regulamin terapii indywidualnej

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia _____

Adres zamieszkania _____

Nr telefonu _____

e-mail _____

I Organizacja zajęć :

1. Zajęcia odbywają się jeden raz w tygodniu według ustalonego harmonogramu.
2. Czas trwania jednej jednostki zajęć jest dostosowany do indywidualnych możliwości dziecka i wynosi max _____ minut. Część wizyty jest przeznaczona na omówienie z rodzicem/opiekunem prowadzonych ćwiczeń.
3. Zajęcia są odwołane w dniach ustawowo wolnych od pracy.
4. W czasie ferii i wakacji dzień, godzina i częstotliwość zajęć są ustalane indywidualnie.
5. Spóźnienie na zajęcia nie powoduje przesunięcia ich w czasie ani nie obniża ich ceny.
6. Rodzic ma prawo uczestniczyć w zajęciach.
7. Terapeuta przekazuje rodzicowi/opiekunowi zalecenia do pracy z dzieckiem w domu lub wskazania do postępowania w innej placówce, w której dziecko spędza czas (żłobek, przedszkole, szkoła).
8. Rodzic/opiekun zobowiązuje się do systematycznego i punktualnego przyprowadzania dziecka na zajęcia oraz przestrzegania zaleceń prowadzącego dotyczących pracy i postępowania z dzieckiem. W przeciwnym wypadku Logo-Spektrum nie bierze odpowiedzialności za efekty terapii.
9. W zajęciach mogą brać udział jedynie dzieci zdrowe (tzn. bez kataru, kaszlu, gorączki, bólów głowy, brzucha, chorób zakaźnych, itp.).
10. Prowadzący odpowiada za dziecko tylko w trakcie trwania zajęć. Przed zajęciami i po ich zakończeniu za dzieci odpowiadają rodzice/opiekunowie.
11. Na zajęciach obowiązuje obuwie zamienne oraz wygodny ubiór.

II Opłaty za zajęcia:

1. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
2. Opłatę za zajęcia, zgodnie z obowiązującym Cennikiem, można wnieść w całości za cały rok, w dwóch ratach lub ratach miesięcznych płatnych przed rozpoczęciem zajęć w danym miesiącu.
3. Rodzic uiszcza opłatę przelewem na podane konto lub gotówką u prowadzącego podczas pierwszych zajęć w miesiącu.
4. Brak wpłaty może być powodem nieprzyjęcia dziecka na zajęcia.
5. Rodzic ma obowiązek na początku miesiąca zgłosić prowadzącemu planowane nieobecności dziecka (np. wyjazdy) i uzgodnić z terapeutą ewentualne przesunięcia zajęć na inny termin.
6. W przypadku niemożności uzgodnienia zastępczych terminów opłata za odwołane zajęcia zostanie przeniesiona na kolejny okres rozliczeniowy.
7. Zasady rozliczeń w przypadku odwoływania wizyty:
 - odwołanie wizyty do czterech godzin przed rozpoczęciem - bez konsekwencji finansowych;
 - odwołanie wizyty w czasie krótszym niż cztery godziny przed rozpoczęciem lub niepoinformowanie terapeuty o odwołaniu skutkuje poniesieniem pełnej opłaty za wizytę.
8. Aby odwołać wizytę należy skutecznie telefonicznie powiadomić terapeutę o odwołaniu zajęć (automatyczna sekretarka, sms, mail nie gwarantują dotarcia informacji w należyтым czasie). Przypadki zdarzeń losowych uniemożliwiających udział dziecka w zajęciach będą rozpatrywane indywidualnie.
9. Zajęcia odwołane z winy terapeuty przenoszone są na inny możliwy termin uzgodniony z rodzicem/opiekunem. W przypadku niemożności uzgodnienia zastępczych terminów kwota wpłaty zostanie przeniesiona na następny miesiąc.
10. Nieprzestrzeganie zasad regulaminu oraz liczne nieusprawiedliwione nieobecności wpływające

niekorzystnie na realizację planu terapeutycznego mogą być powodem rezygnacji z prowadzenia terapii w Logo-Spektrum.

11. Rodzic ma prawo zrezygnować z udziału dziecka w zajęciach w drodze pisemnego oświadczenia złożonego z minimum jednomiesięcznym terminem wypowiedzenia liczoną od dnia złożenia oświadczenia. W przypadku rezygnacji z zajęć Logo-Spektrum nie zwraca opłaty za zajęcia, które odbyły się w czasie poprzedzającym złożenie wypowiedzenia, nawet jeśli dziecko nie było na nich obecne. Obowiązkiem rodzica jest uiszczenie zaległych opłat oraz opłat za zajęcia odbywające się aż do końca terminu wypowiedzenia.
12. Logo-Spektrum zastrzega sobie prawo do zmiany regulaminu, jak również wprowadzenia modyfikacji cen za prowadzone zajęcia. Rodzic/opiekun zostanie poinformowany o zmianie cennika z miesięcznym wyprzedzeniem.
13. Podpisanie przez Rodzica/Opiekuna niniejszego regulaminu jest jednoznaczne z zobowiązaniem się do jego przestrzegania.

PODPIS TERAPEUTY

PODPIS RODZICA

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Gabinet Logopedyczny Katarzyna Matyasik w celu komunikacji, korzystania z usług Gabinetu Logopedycznego oraz Centrum Terapii Logo-Spektrum oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt/zajęć.*

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Gabinet Logopedyczny Katarzyna Matyasik ul. Św. Jadwigi 25 a 55-100 Trzebnica, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom. Administratorem danych wskazanych w zgodzie wyrażonej powyżej jest Katarzyna Matyasik z siedzibą przy ul. Św. Jadwigi 25a w Trzebnicy, tel.: 605606882, adres e-mail: logospektrum.trzebnica@gmail.com

.....
czytelny podpis klienta