



**DANE DZIECKA (UCZESTNIKA TERAPII)**  
Wprowadzane do Platformy APD Medical w celu wykonania diagnozy  
i przygotowania terapii Neuroflow

Imię:*	
Nazwisko*	
E-mail opiekuna:*	
Data urodzenia:*	
PESEL*	
Telefon kontaktowy:*	
Ulica:*	
Numer budynku:*	
Kod pocztowy Miejscowość:*	
Ręczność:*	leworęczny/praworęczny

Zgoda na  
przetwarzanie  
danych:\*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w Formularzu danych osobowych oraz w Kwestionariuszu Diagnostycznym Neuroflow w celu wykonania Diagnozy Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data, miejscowość