



## **UMOWA ZAJĘĆ GRUPOWYCH**

Dziecko ..... ur. dn. ....

Syn / córka /Pana /i .....

zam. ....

Zawarta w dniu ....., pomiędzy **Gabinetem Neurologopedii Dziecięcej**  
**mgr Magdalena Putyra, ul. Spółdzielców 20/1 43-300 Bielsko-Biała**

Reprezentowanym przez .....

A Panią / Panem ..... tel. ....

Zajęcia grupowe w/w dziecka będzie realizowana w okresie .....

na następujących warunkach:

1. Zajęcia odbywają się w oparciu o program autorski i własne zaplecze dydaktyczne.  
Zajęcia odbywają się 1 raz w tygodniu przez 2 miesiące: I edycja /luty-marzec/  
II edycja /kwiecień-maj/.
2. Rodzic dziecka (opiekun) zobowiązany jest do uczestnictwa w zajęciach oraz systematycznego i konsekwentnego stosowania się do zaleceń terapeutów.

3. Czas trwania zajęć jest dostosowany do potrzeb oraz indywidualnych możliwości dziecka i trwa 60 min.
4. Terapia ma charakter rehabilitacji i oparta jest na zasadzie regularności.
5. Odpłatność za zajęcia wynosi 400 zł za 8 spotkań. Zaliczkę w wysokości 200 zł należy wpłacić na konto Gabinetu w terminie do 7 dni od wysłania Karty Zgłoszenia. Pozostałą kwotę 200 zł należy wpłacić najpóźniej po pierwszych odbytych zajęciach. W przypadku braku wpłaty zaliczkowej Gabinet ma prawo nie przyjąć dziecka na zajęcia. Rodzic ma prawo zrezygnować po pierwszych zajęciach- wtedy kwota zaliczkowa jest zwracana.
6. W późniejszym czasie rezygnacji nie ma zwrotu pieniędzy.
7. W przypadku nieobecności dziecka z powodu choroby nie ma możliwości odliczenia wpłaty. Istnieje możliwość zamiennego wskazania uczestnika zajęć, a dziecko nieobecne ewentualne przesunięcie na inną edycję zajęć grupowych.
8. W przypadku odwołania zajęć przez terapeutę, jest możliwe odrobienie zajęć w innym terminie, zaproponowanym przez obie strony.
9. Niedostosowanie się do zaleceń lub nieusprawiedliwione nieobecności powoduje zerwanie umowy.
10. Wyrażam / nie wyrażam zgody na publikację zdjęć mojego dziecka z terapii logopedycznej na stronie Gabinetu [www.magdalenaputyra.pl](http://www.magdalenaputyra.pl) i stronie Facebooka.
11. Przyjmuję do wiadomości, że zajęcia mogą być obserwowane przez pracowników Gabinetu w celu monitorowania przebiegu terapii, konsultowania problemów terapeutycznych i omówienia pacjenta na Zespołach terapeutycznych.

---

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna

---

Podpis terapeuty