



Formularz zgody

rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka
w konsultacji psychologicznej/psychoterapeutycznej
lub psychoterapii/terapii czy terapii psychologicznej
w Centrum Rozwoju, Edukacji i Profilaktyki STEP BY STEP

- Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

-
- PESEL lub dokument tożsamości rodzica:

-
- Imię i nazwisko dziecka:

-
- Data i miejsce urodzenia dziecka:
-

A. Wypełnia i podpisuje RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego

- w konsultacji psychologicznej/psychoterapeutycznej/terapeutycznej
- w psychoterapii/terapii/terapii psychologicznej

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych i/lub (psycho)terapeutycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie

B. Wypełnia i podpisuje niepełnoletnie DZIECKO (o ile ukończyło 16. rok życia)

Wyrażam zgodę na swój udział

- w konsultacji psychologicznej/psychoterapeutycznej/terapeutycznej
- w psychoterapii/terapii/terapii psychologicznej

Data i czytelny podpis dziecka składającego oświadczenie

Data i podpis psychologa/psychoterapeuty/terapeuty przyjmującego oświadczenie