

Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka
w konsultacji psychologicznej, diagnozie lub terapii
psychologicznej w Centrum Psychologicznym Sztuka Harmonii

Rodzic/opiekun ustawowy 1 Imię i nazwisko:

.....

PESEL lub nr dokumentu tożsamości:

.....

Rodzic/opiekun ustawowy 2 Imię i nazwisko:

.....

PESEL lub nr dokumentu tożsamości:

.....

1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego
Imię i nazwisko dziecka:

.....

W konsultacji psychologicznej/diagnozie psychologicznej/terapii

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań
psychologicznych, diagnostycznych, terapeutycznych u dziecka powyżej 16 roku
życia wymaga również jego zgody.

.....

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego 1

.....

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego 2

.....

Data i czytelny podpis psychologa

2. Wypełnia i podpisuje pacjent (powyżej 16 r.ż) (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko:.....

Wyrażam zgodę na swój udział w konsultacji psychologicznej, diagnozie, terapii

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

.....

Podpis psychologa przyjmującego oświadczenie