

**ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA
NA UDZIAŁ DZIECKA W KONSULTACJI/TERAPII PSYCHOLOGICZNEJ**

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna:

Adres:

Telefon:

E-mail:

Imię i nazwisko dziecka:

1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego podopiecznego:

w konsultacji psychologicznej

w terapii psychologicznej

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna

2. Wypełnia i podpisuje klient (jeśli dotyczy):

Wyrażam zgodę na swój udział:

w konsultacji psychologicznej

w terapii psychologicznej

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis klienta