



## Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna ERA PSYCHE

### Formularz świadomej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział nieletniego/niepełnoletniego dziecka/podopiecznego w diagnozie/konsultacjach/terapii

1. Imię i nazwisko uczestnika:.....
2. Data urodzenia uczestnika: .....
3. PESEL uczestnika
4. Adres zamieszkania uczestnika:.....
5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego  
uczestnika\*.....
6. Adres zamieszkania lub pobytu rodzica/opiekuna prawnego uczestnika\* :.....  
.....
7. Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego uczestnika\* :.....
8. E-mail rodzica/opiekuna prawnego uczestnika\* :.....

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego\* w:

- diagnozie i konsultacjach psychologicznych
- terapii psychologicznej i psychoterapii
- diagnozie i terapii pedagogicznej
- diagnozie i terapii logopedycznej
- konsultacji-terapii psychiatrycznej

*(prosimy o zaznaczenie odpowiedniej pozycji)*

prowadzonych w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej ERA PSYCHE. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie oddziaływań psychologicznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymagają również jego zgody.

Miejscowość i data                      Podpis rodzica/opiekuna prawnego      Podpis uczestnika niepełnoletniego

.....