

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA OBJĘCIE POMOCĄ PSYCHOLOGICZNĄ
DZIECKA PONIŻEJ 18 R.Ż.**

➡ **Ja, niżej podpisany/a:**

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

PESEL rodzica/opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy:

➡ **działając jako rodzic/opiekun prawny dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka/nastolatka:

PESEL dziecka/nastolatka:

Data urodzenia:

wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka pomocą psychologiczną przez psychologa - Marzenę Jolantę Falc w formie stacjonarnej i/lub online, która może obejmować:

• konsultacje indywidualne • wsparcie diagnostyczne • oddziaływania terapeutyczne, psychoedukacyjne i profilaktyczne • współpracę z rodzicami/opiekunami.

Zostałam/em poinformowana/y o charakterze i celu udzielanej pomocy psychologicznej oraz o prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie.

➡ **ZGODA DZIECKA/NASTOLATKA (dotyczy młodzieży powyżej 16 r.ż.)**

Ja, niżej podpisany/a, potwierdzam, że wyrażam zgodę na objęcie mnie pomocą psychologiczną:

Podpis dziecka (od 16 r.ż.): Data:

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna

.....
Data i podpis psychologa/terapeuty