**Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego**

**na udział dziecka w konsultacji psychologicznej lub terapii**

**psychologicznej świadczonych przez Fundację Pandora**

**Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko: .............................................................................................**

**PESEL lub dokument tożsamości:...............................................................**

**tel……………………………………**

**Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko: .............................................................................................**

**PESEL lub dokument tożsamości:...............................................................**

**tel……………………………………**

**Pacjent imię nazwisko:..................................................................................................................................**

**PESEL ....................................................................**

**Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):**

**....................................................................................................................**

**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 poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych**

**i/lub terapeutycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.**

**........................................................................................................................................**

**Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie**

**2. Wypełnia i podpisuje pacjent (jeśli dotyczy, tzn ma 16-18 lat ):**

**Wyrażam zgodę na swój udział:**

**w konsultacji psychologicznej**

**w terapii psychologicznej**

**.......................................................................................................................................**

**Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie**

**....................................................................................**

**Podpis psychologa przyjmującego oświadczenie**