

## Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w pomocy psychologicznej

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

PESEL lub dokument tożsamości rodzica/opiekuna: .....

Pacjent Imię i nazwisko: .....

PESEL lub dokument tożsamości pacjenta: .....

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 / poradnictwie psychologicznym

w diagnozie 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):

Wyrażam zgodę na swój udział:

w konsultacji psychologicznej / poradnictwie psychologicznym

w diagnozie psychologicznej

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

Data i czytelny podpis psychologa świadczącego usługę psychologiczną

.....