

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY OSOBY MAŁOLETNIEJ
(KTÓRA UKOŃCZYŁA 16 ROK ŻYCIA)
na udział w konsultacji/poradnictwie/diagnozie psychologicznej

Dane Klienta:

imię i nazwisko _____
adres zamieszkania _____
data urodzenia _____
inne (tel., e-mail) _____

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem gabinetu oraz rozumiem i akceptuję jego treść. Oświadczam, że psycholog odpowiedział na wszystkie moje pytania, a odpowiedzi były dla mnie w pełni zrozumiałe.
- Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na udział w konsultacji/poradnictwie/diagnozie psychologicznej prowadzonej przez Gabinet Psychologiczny Joanna Pelczarska

miejscowość, data i podpis osoby
małoletniej

- Oświadczam, że w sposób zrozumiały wyjaśniłam Klientowi/Klientce zasady Regulaminu gabinetu.
- Oświadczam, że Klient/ka miał/a możliwość swobodnego zadawania pytań, oraz że na wszystkie pytania uzyskała satysfakcjonującą odpowiedź.

miejscowość, data i podpis terapeuty