

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY RODZICA/OPIEKUNA

na udział dziecka w konsultacji/poradnictwie psychologiczny

Dane rodzica:

imię i nazwisko _____

adres zamieszkania _____

numer telefonu _____

inne (tel., e-mail) _____

Dane dziecka:

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 mojego dziecka w konsultacji/poradnictwie/diagnozie psychologicznej prowadzonej przez Gabinet Psychologiczny Joanna Pelczarska

miejscowość, data i podpis
rodzica/rodziców

- ☒ Oświadczam, że w sposób zrozumiały wyjaśniłam rodzicowi zasady Regulaminu gabinetu.
- ☒ Oświadczam, że rodzic miał możliwość swobodnego zadawania pytań, oraz że na wszystkie pytania uzyskał satysfakcjonującą odpowiedź.

miejscowość, data i podpis terapeuty