**Poradnia z "Inicjatywą"**
**Twoja Przestrzeń Rozwoju**

# Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w konsultacji psychologicznej/ pedagogicznej lub terapii psychologicznej w Poradni „z INICJATYWĄ”

## 1.Wypełnia i podpisuje rodzic/ opiekun prawny

Ja ..... PESEL ……
(Imię i nazwisko opiekuna prawnego) (PESEL opiekuna)

będący/będąca ……..……
(Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego podopiecznego tj;

..... PESEL ……
(Imię i nazwisko dziecka) (PESEL dziecka)

- o w konsultacji psychologicznej*
- o w konsultacji pedagogicznej*
- o w terapii psychologicznej*

Jednocześnie potwierdzam, że zostałam/-łem poinformowany/-na, 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):

Ja …….wyrażam zgodę na swój udział:
(Imię i nazwisko dziecka)

- o w konsultacji psychologicznej*
- o w konsultacji pedagogicznej*
- o w terapii psychologicznej*

……
Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

……
Podpis psychologa przyjmującego oświadczenie

*odpowiednie zaznaczyć