

Nysa, dn.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/podpisany wyrażam/ nie wyrażam*
zgode/zgody

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

na rozmowę indywidualną/ konsultację/terapię/ przeprowadzenie badania
psychologicznego*
córki/ syna ze Specjalistą.

(imię i nazwisko dziecka)

Jednocześnie oświadczam, że ojciec/matka/ drugi opiekun prawny dziecka został/została
poinformowany/poinformowana o potrzebie objęcia dziecka pomocą psychologiczną i
wyraża zgodę na świadczone usługi terapeutyczne.
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

W sytuacji, gdy dziecko odbywa wizytę bez udziału rodzica/ opiekuna
prawnego, Centrum nie ponosi odpowiedzialności za jego bezpieczeństwo w powrotnej
drodze do domu. Powrót do domu bez udziału rodzica/opiekuna prawnego jest możliwy za
pisemną zgodą rodzica/opiekuna prawnego.

Wyrażam zgodę na samodzielny powrót do domu mojego syna/ córki po zakończonej
wizycie.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić