

ZGODA

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / mojego podopiecznego w konsultacji psychologicznej / terapii psychologicznej / psychoterapii.

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

Wyrażam zgodę na swój udział w konsultacji psychologicznej / terapii psychologicznej / psychoterapii.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

.....

Podpis psychologa przyjmującego oświadczenie