

## ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNĄ I PSYCHOTERAPEUTYCZNĄ

.....  
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Nr dowodu tożsamości rodzica /opiekuna prawnego)

Do:

**Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży  
– „Pro- Medica” w Ełku Sp. z o.o., ul. Konopnickiej 1, 19-300 Ełk**

Jako przedstawiciel ustawowy dziecka:

a) (w przypadku rodzica) posiadający pełnię władzy rodzicielskiej wyrażam zgodę na udział w zajęciach psychologicznych i psychoterapeutycznych mojego syna/ mojej córki  
..... urodzonego/-ej ..... dnia  
..... W ....., zam.  
..... PESEL: .....

.....  
(podpis rodzica)

b) opiekun prawny działający na podstawie orzeczenia  
..... (podać orzeczenie Sądowe ustanawiające opiekunem prawnym dziecka) wyrażam zgodę na udział w zajęciach psychologicznych i psychoterapeutycznych mojego syna/mojej córki  
..... urodzonego/-ej ..... dnia  
..... W ....., zam.  
.....  
PESEL: .....

.....  
(podpis opiekuna prawnego)