

## ZGODA NA UZYSKANIE INFORMACJI NA TEMAT DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA DZIECKA

.....  
(Miejscowość i data)

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

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

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

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

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)\*

.....  
(Adres zamieszkania dziecka)\*

.....  
(Telefon kontaktowy dziecka – jeżeli posiada)\*

*Dla:*

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

Wyrażam zgodę pracownikom „Pro- Medica” w Ełku Sp. z o.o. do uzyskiwania informacji dotyczących rozwoju dziecka ....., urodzonego/ej dnia ....., w ....., zam. ...., PESEL: ..... dotyczących edukacji dziecka, stanu zdrowia dziecka, funkcjonowania rodziny, w której wychowuje się dziecko – od właściwych instytucji, w szczególności: szkoły do której uczęszcza dziecko, Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, z właściwej placówki opieki zdrowotnej, z której usług korzystało lub korzysta dziecko.

Niniejsza zgoda obejmuje prawo do uzyskania informacji ustnej, telefonicznej, e-mail, pisemnej, uzyskania kopii dokumentacji, w tym medycznej dziecka w formie papierowej lub elektronicznej, możliwości konsultowania sytuacji dziecka z właściwą osobą w ramach w/w instytucji.

.....  
(Podpis czytelny - rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Podpis czytelny – dziecka)\*

\*- dotyczy dziecka, które ukończyło 16 rok życia