

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 podopiecznego
urodzonego/-ej dnia w,
zam. PESEL:

.....
(podpis opiekuna prawnego)

- c) opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na udział w zajęciach psychologicznych i psychoterapeutycznych mojego podopiecznego urodzonego/-ej dnia w, zam.
..... PESEL:

.....
(podpis opiekuna faktycznego)

	ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNĄ I PSYCHOTERAPEUTYCZNĄ		
	Formularz F-3088_01	Data wprowadzenia: 01.07.2022	Data aktualizacji: 1 / 1