Miejscowość i data: .....

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

opiekuna prawnego / rodzica
na udział osoby małoletniej w usługach psychologicznych / psychoterapeutycznych

DANE DZIECKA / KLIENTA:

- Imię i nazwisko: .....
- Data urodzenia: .....
- PESEL: .....
- Adres zamieszkania: .....

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO:

- Imię i nazwisko: .....
- PESEL / nr dokumentu tożsamości: .....
- Adres zamieszkania: .....
- Telefon kontaktowy: .....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic/opiekun prawny wyrażam **świadomą i dobrowolną zgodę** na udział mojego dziecka / podopiecznego w:

☐ konsultacji psychologicznej
☐ psychoterapii
☐ diagnozie psychologicznej
☐ innym wsparciu psychologicznym: .....

(zaznaczyć właściwe)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o:

- celu i charakterze proponowanych działań,
- zasadach współpracy,
- prawie do cofnięcia zgody w każdym czasie.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- w przypadku osoby małoletniej, która ukończyła **16. rok życia**, wymagana jest również jej zgoda na udział w konsultacjach lub terapii,
- informacje uzyskane w trakcie pracy objęte są **tajemnicą zawodową**, z wyjątkiem sytuacji przewidzianych przepisami prawa.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego:
.....

(w przypadku osoby powyżej 16 r.ż.)
Podpis dziecka / klienta:
.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie
(psycholog / psychoterapeuta):
.....