



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

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel pacjenta.....

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka /podopiecznego/  
podopiecznej\* .....

w terapii psychologicznej / konsultacji psychiatrycznej\* i jednocześnie

- Oświadczam, że otrzymałem/am zgodę drugiego rodzica na udział naszego dziecka / podopiecznego/-nej w terapii / konsultacji psychiatrycznej\*
- Zobowiązuję się do poinformowania drugiego rodzica o udziale dziecka w procesie terapii / konsultacji psychiatrycznej\* (jeżeli zgoda podpisana jest przez jednego rodzica).

Oświadczenie podpisuje matka / ojciec / opiekun prawny dziecka\*.

.....

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

\*właściwie zakreślić

