

Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego

na udział dziecka w konsultacji psychologicznej, coachingu lub terapii psychologicznej

Rodzic/opiekun ustawowy

Imię i nazwisko:

PESEL lub dokument tożsamości:.....

Pacjent Imię i nazwisko

.....

PESEL

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):

.....

1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego podopiecznego

- w konsultacji psychologicznej
- w terapii psychologicznej/psychoterapii
- spotkaniu coachingowym

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych i/lub terapeutycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.

.....

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie



+48 578 - 110 - 813
poradnia@fotelbujany.waw.pl
ul. Muzyczna 24, 02-862 Warszawa
88 1140 2004 0000 3102 8468 6843

2. Wypełnia i podpisuje pacjent (jeśli ukończył 16 r.ż):

Wyrażam zgodę na swój udział:

- w konsultacji psychologicznej
- w terapii psychologicznej
- spotkaniu coachingowym

.....
Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

Dodatkowa informacja dla opiekuna prawnego i małoletniego

·Informujemy, iż w placówce obowiązują Standardy ochrony małoletnich dostępne bezpośrednio w placówce lub na stronie internetowej www.fotelbujany.waw.pl. Serdecznie zachęcamy do zapoznania się z dokumentem.

·W sytuacji zagrożenia krzywdzeniem przez członków rodziny lub osoby trzecie opiekunowie prawni są zobligowani przez pracowników Poradni do podjęcia działań przeciwdziałających krzywdzeniu.

·Podejmowane działania przez pracowników służą zabezpieczeniu dziecka przed krzywdzeniem. Nie mogą jednak naruszać tajemnicy i etyki zawodowej psychologa, psychoterapeuty oraz innego specjalisty.

·Pełna Klauzula RODO dostępna jest na stronie www.fotelbujany.waw.pl