

Warszawa, dnia ………………..

………………………………………

imię i nazwisko rodzica / opiekuna

……………………………………….

……………………………………….

adres zamieszkania

……………………………………….

telefon kontaktowy

 Do Centrum Pomocy Profesjonalnej

Wyrażam zgodę na indywidualne spotkania z psychologiem

mojego syna / mojej córki ………………………………………………………..

ur. (data i miejsce urodzenia) ………………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………….

adres zamieszkania …………………………………………………………………………………....

oraz na proponowane oddziaływania terapeutyczne.

Zostałem/am poinformowany/a, że spotkania te są objęte tajemnicą psychologiczną z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.

 ………...…………………………

 podpis