

KARTA KLIENTA (małoletniego)

Imię i nazwisko Klienta (małoletniego):

Data urodzenia:.....PESEL:

Adres zamieszkania:

MAMA/OPIEKUN PRAWNY	TATA/OPIEKUN PRAWNY
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
telefon kontaktowy	telefon kontaktowy
e-mail	e-mail

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie następujących usług na rzecz mojego dziecka:

☐ konsultacja psychologiczna, w tym: diagnozę psychologiczną, obserwację psychologiczną, pomoc psychologiczną, poradnictwo rodzinne.

.....

.....

data i podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

DOTYCZY WYŁĄCZNIE SYTUACJI, GDY ZGODA ZOSTAJE UDZIELONA TYLKO PRZEZ JEDNEGO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:

Oświadczam, że:

☐ władza rodzicielska drugiego rodzica jest ograniczona i nie ma on prawa decydowania o kwestiach zdrowotnych,

☐ drugi rodzic jest pozbawiony władzy rodzicielskiej.

.....

data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

DOTYCZY SYTUACJI, GDY MAŁOLETNI KLIENT UKOŃCZYŁ 16 LAT:

Wyrażam zgodę na świadczenie na moją rzecz, następujących usług:

.....

.....

data i podpis małoletniego Klienta