

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA SAMODZIELNE WIZYTY MAŁOLETNIEGO

Ja.....PESEL.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Legitymujący się dowodem osobistym nr/ seria:.....

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym - opiekunem prawnym/rodzicem
dzieckaPESEL.....
(Imię i nazwisko dziecka)

I wyrażam zgodę na samodzielne przyjsięc mojego dziecka do Poradni Centrum CBT
przy ul.W
(Miejscowość)

w celu odbywania (proszę podkreślić właściwe):

- ☐ Porad psychologicznych
- ☐ Psychoterapii indywidualnej
- ☐ Psychoterapii grupowej
- ☐ Diagnostyki psychologicznej

Wyrażam także zgodę na samodzielne opuszczenie Poradni CBT przez dziecko po zakończonym spotkaniu.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka poza Poradnią CBT.

Oświadczenie składam po wcześniejszej konsultacji ze specjalistą prowadzącym terapię mojego dziecka.

Oświadczenie, ważne jest na czas nieokreślony od dnia.....

.....
Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego