



FORMULARZ ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA PACJENTA/PACJNETA

NA KONTAKT TERAPEUTY ŚRODOWISKOWEGO ZE SZKOŁĄ

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica pacjenta:

.....

PESEL:.....

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na kontakt zespołu terapeutycznego Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży CBT – **Terapeuty Środowiskowego** (imię i nazwisko) **ze Szkołą**, w celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia pełnego procesu terapeutycznego.

Dane teleadresowe placówki:

.....

(nazwa placówki, adres)

.....

Nr. telefonu:

Adres e-mail:

Kontakt telefoniczny do przedstawicieli ww. placówki:

Psycholog Szkolny:

Wychowawca / Nauczyciel Dziecka:

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....

(Podpis pacjenta jeśli ma ukończone 16-lat)