

**Formularz świadomej zgody opiekuna prawnego/rodzica
na udział nieletniego/niepełnoletniego Klienta
na udział w Psychoterapii Indywidualnej**

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA NIELETNIEGO/ NIEPEŁNOLETNIEGO:

.....

PESEL

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA KLIENTA
NIELETNIEGO/NIEPEŁNOLETNIEGO:

.....

PESEL

1. Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w indywidualnych sesjach psychoterapii oferowanych przez Przeszłość Relacji Centrum Psychoterapii, mieszczącego się przy ul. Księdza Feliksa Dymnickiego 1 w Rzeszowie. Kontakt: biurogestalt@gmail.com, tel. 533 510 940
2. Zostałem(am) poinformowany(na) przez specjalistę o proponowanych metodach terapeutycznych/ o możliwych następstwach ich zastosowania lub zaniechania.
3. W trakcie rozmowy ze specjalistą miałem(am) możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących prowadzonych oddziaływań. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.
4. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej oddziaływań u mojego dziecka/podopiecznego. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie oddziaływań terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymagają również jego zgody.

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem uważnie i zrozumiałem treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż rozumiem cel zaproponowanych oddziaływań terapeutycznych, oraz możliwe ryzyko z nimi związane jak również rokowania, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający.

.....
Miejscowość i data Podpis rodzica / opiekuna
prawnego

.....
Miejscowość i data Podpis Klienta
nieletniego/niepełnoletniego