

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

na konsultację, diagnozę lub spotkanie dziecka

Pracownia Progres Beata Kuchnik | NIP 6380009216

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia / PESEL	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna	
Telefon i e-mail	
Rodzaj usługi	☐ pierwsza konsultacja ☐ konsultacja psychologiczna ☐ diagnoza ☐ Familiaspot ☐ inne:
Planowany termin	

Oświadczenia rodzica / opiekuna prawnego

- ☐ Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka i jestem uprawniona/y do zgłoszenia dziecka na konsultację, diagnozę lub spotkanie.
- ☐ Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rezerwacji i realizacji wizyt Bielskiego Centrum Diagnozy Psychologicznej oraz Familiaspot i akceptuję jego treść.
- ☐ Wyrażam zgodę na udział dziecka w konsultacji, diagnozie lub spotkaniu w zakresie wskazanym powyżej.
- ☐ Zobowiązuję się do przekazania zgody drugiego rodzica/opiekuna prawnego, jeżeli jest wymagana.
- ☐ Zobowiązuję się przedstawić aktualne dokumenty dotyczące władzy rodzicielskiej, pieczy, kontaktów, postanowień sądu, zabezpieczeń lub innych rozstrzygnięć dotyczących dziecka, jeżeli takie dokumenty istnieją.
- ☐ Zobowiązuję się poinformować specjalistę o toczących się lub zakończonych postępowaniach sądowych, badaniach OZSS, interwencjach instytucji, procedurze Niebieskie Karty, nadzorze kuratora lub innych okolicznościach mogących mieć znaczenie dla bezpieczeństwa dziecka.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że rozmowa lub badanie dziecka może odbywać się bez obecności rodzica, jeżeli jest to uzasadnione wiekiem dziecka, charakterem badania oraz dobrem dziecka.
- ☐ Zobowiązuję się pozostawać dostępną/y w czasie trwania wizyty dziecka.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości zakaz nagrywania, fotografowania, transmitowania i utrwalania przebiegu wizyty bez uprzedniej, wyraźnej zgody specjalisty oraz wszystkich uczestników.
- ☐ Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe, aktualne i kompletne.

Informacja o poufności

Informacje uzyskane podczas konsultacji, diagnozy lub spotkania są objęte poufnością, z wyjątkami przewidzianymi przepisami prawa, w szczególności w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, podejrzenia krzywdzenia dziecka, zwolnienia z tajemnicy przez sąd albo zobowiązania przez uprawniony organ.

Zgoda

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w wyżej wskazanej usłudze oraz potwierdzam prawdziwość złożonych oświadczeń.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis