

ZGODA DRUGIEGO 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 składającego zgode	
Telefon i e-mail	
Rodzaj usługi	☐ pierwsza konsultacja ☐ konsultacja psychologiczna ☐ diagnoza ☐ Familiaspot ☐ inne:
Rodzic/opiekun zgłaszający dziecko	

Treść zgody

Ja, niżej podpisana/y, jako rodzic/opiekun prawny dziecka, wyrażam zgodę na zgłoszenie i udział dziecka w konsultacji, diagnozie lub spotkaniu realizowanym przez Bielskie Centrum Diagnozy Psychologicznej albo Familiaspot, w zakresie wskazanym powyżej.

Oświadczenia

- ☐ Oświadczam, że posiadam władzę rodzicielską / uprawnienia opiekuna prawnego wobec dziecka, chyba że z aktualnych orzeczeń lub postanowień wynika inaczej.
- ☐ Zostałam/em poinformowana/y o celu zgłoszenia dziecka oraz o planowanej formie usługi.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku usług diagnostycznych lub pracy z dzieckiem specjalista może oczekiwać przedstawienia aktualnych dokumentów sądowych dotyczących dziecka.
- ☐ Zobowiązuję się poinformować drugiego rodzica/opiekuna oraz specjalistę o okolicznościach mogących mieć znaczenie dla bezpieczeństwa dziecka, w tym o sprawach sądowych, badaniu OZSS, procedurze Niebieskie Karty, nadzorze kuratora lub interwencji instytucji.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że brak wymaganych zgód lub dokumentów może skutkować odmową realizacji usługi.
- ☐ Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe, aktualne i kompletne.

Zgoda na kontakt

Wyrażam zgodę na kontakt ze mną pod wskazanym numerem telefonu lub adresem e-mail w sprawach organizacyjnych dotyczących udziału dziecka w konsultacji, diagnozie lub spotkaniu.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis