

Formularz zgody opiekuna prawnego/rodzica na udział osoby poniżej 18 roku życia w sesjach psychologicznych

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA NIELETNIEGO/ NIEPEŁNOLETNIEGO:

..... PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA

.....

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNÓW PRAWNYCH / RODZICÓW KLIENTA

..... Telefon:

..... Telefon:

1. Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w indywidualnych sesjach psychologicznych z mgr Bartłomiejem Piaseckim.
2. Jeżeli klient ukończył lat 16 wymagana jest również jego zgoda na udział w sesjach
3. Jeżeli klient przejawia myśli samobójcze, rezygnacyjne lub samouszkadza się, warunkiem udziału w sesjach z psychologiem jest konsultacja i opieka lekarza psychiatry.
3. Zostałem poinformowany przez Bartłomieja Piaseckiego o stosowanych metodach psychologicznych / terapeutycznych i diagnostycznych oraz możliwych ryzykach z nimi związanych. Miałem możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących prowadzonych oddziaływań. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.
4. Zapoznałem się ze standardami ochrony małoletnich gabinetu psychologicznego Bartłomieja Piaseckiego i zostałem /am poinformowana że w przypadku podejrzenia stosowania jakiegokolwiek formy przemocy wobec dziecka zgodnie z obowiązującym prawem psycholog ma obowiązek poinformowania odpowiednich organów (policji, sądu, Ośrodka Pomocy Społecznej)

Podpisy obojga rodziców / opiekunów prawnych

..... Miejscowość i data

.....Miejscowość i data

Podpis klienta nieletniego/małoletniego

.....Miejscowość i data