



APRIORI Centrum Zdrowia  
ul. Zawiała 61a, 30-390 Kraków, tel.: 888 44 55 79, www.aprioricentrum.pl

**Formularz świadomej zgody  
nieobecnego na wizycie rodzica/opiekuna prawnego  
na udział dziecka w konsultacji z psychologiem lub psychoterapii  
w Apriori Centrum Zdrowia**

**Dane rodzica/opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko: .....

Nr PESEL lub innego dokumentu tożsamości: .....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do dziecka (np. ojciec, matka): .....

**Dane pacjenta <18r.ż.**

Imię i nazwisko: .....

Nr PESEL: .....

**1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego: *(niepotrzebne skreślić)*

- w konsultacji z psychologiem,
- w psychoterapii.

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a, że prowadzenie działań psychologicznych i/lub psychoterapeutycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.

.....  
*Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie.*

**2. Wypełnia i podpisuje pacjent (jeśli dotyczy, czyli 16-18 r.ż.):**

Wyrażam zgodę na swój udział: *(niepotrzebne skreślić)*

- w konsultacji z psychologiem,
- w psychoterapii.

.....  
*Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie.*

.....  
*Podpis psychologa/psychoterapeuty przyjmującego oświadczenie.*