

**Formularz świadomej zgody opiekuna prawnego/rodzica na udział
nieletniego/niepełnoletniego Klienta w oddziaływaniu terapeutycznym,
psychologicznym, pedagogicznym i diagnostycznym.**

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 terapeutycznych/psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych oferowanych przez InRelatio – Przestrzeń Rodziny w ramach portalu internetowego Ośrodek Psychoterapii Rodziny InRelatio – Przestrzeń Rodziny

2. Zostałem(am) poinformowany(na) przez specjalistę o:

■ proponowanych metodach terapeutycznych/psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych, o możliwych następstwach ich zastosowania lub zaniechania.

■ Zostałem(am) również poinformowany(na) o alternatywnych metodach oddziaływań specjalistycznych.

4. 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.

5. 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/psychologicznych/pedagogicznych/diagnostycznych 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, psychologicznych/ pedagogicznych/ diagnostycznych, oraz możliwe ryzyko z nimi związane jak również rokowania, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający.

.....

Miejscowość i data

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....

Podpis Klienta nieletniego/niepełnoletniego