

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Rawie Mazowieckiej

FORMULARZ ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA PACJENTA/PACJENTA NA KONTAKT TERAPEUTY ŚRODOWISKOWEGO ZE SZKOŁĄ

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego/rodzica pacjenta:

.....

PESEL:.....

**Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na kontakt zespołu terapeutycznego Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży –
Terapeuty Środowiskowego (imię i nazwisko)
ze Szkołą, w celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia pełnego procesu terapeutycznego.**

Dane teleadresowe placówki:

.....

(nazwa placówki, adres)

.....

Nr. telefonu:

Adres e-mail:

Kontakt telefoniczny do przedstawicieli ww. placówki:

Psycholog Szkolny:

.....

Wychowawca / Nauczyciel Dziecka:

.....

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....

(Podpis pacjenta jeśli ma ukończone 16-lat)