

Specjalistyczna Poradnia Psychologiczna Praga-Południe ul. Dwernickiego 22, 04-391 Warszawa
tel kontaktowy: 536-783-213, 531-190-135, e-mail: biuro@niejestessam.waw.pl

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko dziecka:

Będąc rodzicem/opiekunem prawnym dziecka będącego Pacjentem Poradni oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka do domu po zakończonych spotkaniach wsparcia psychologicznego. Jednocześnie informuję, że ponoszę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót dziecka do domu.

.....
/data, podpis rodzica, opiekuna/

W przypadku nie wyrażenia powyższej zgody oświadczam, że dziecko będzie odbierane **osobiście lub wyłącznie przez niżej wymienione osoby punktualnie po zakończeniu wsparcia psychologicznego**:

L P	Imię i Nazwisko Nr i seria dowodu	Telefon kontaktowy
1		
2		
3		
4		
5		

Oświadczam przy tym, że posiadam zgody na dysponowanie niniejszymi danymi osobowymi oraz przekazanie ich Poradni.

.....
/data, podpis rodzica, opiekuna/

Dokument zostaje dołączony do Karty Pacjenta