

.....
(miejscowość i data)

ZGODA NA TERAPIĘ DZIECKA

Ja, niżej podpisany/a jako rodzic/opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

PESEL:

wyrażam zgodę na udział dziecka w terapii psychologicznej w Holi Centrum z siedzibą przy ul. Michała Stachowicza 12/3, 30-103 Kraków, NIP: 6772537789 oraz przetwarzanie danych osobowych i zdrowotnych dziecka. Ponadto wyrażam zgodę na samodzielne uczestnictwo dziecka w wizytach.

Oświadczam, że posiadam pełnię władzy rodzicielskiej.

.....
podpis