

**SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
WSPIERANIA ROZWOJU ORGANIZACJI PORADNICZYCH NA LATA 2022-2033**

**Formularz świadomej zgody opiekuna prawnego/rodzica
na udział nieletniego/niepełnoletniego uczestnika projektu
na udział w leczeniu i/ lub oddziaływaniu terapeutycznym, psychologicznym i diagnostycznym.**

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA NIELETNIEGO/ NIEPEŁNOLETNIEGO:

.....

PESEL UCZESTNIKA PROJEKTU:

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA NIELETNIEGO/NIEPEŁNOLETNIEGO:

.....

PESEL OPIEKUNA:

TELEFON KONTAKTOWY DO OPIEKUNA:

1. Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na objęcie wsparciem mojego podopiecznego przez specjalistów w ramach projektu „PoMoc”
2. Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w indywidualnych sesjach terapeutycznych/psychologicznych/diagnostycznych oferowanych przez Fundację Równik.
3. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej oddziaływań u mojego dziecka/podopiecznego.

.....

Miejscowość i data Podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....

Miejscowość i data Podpis Klienta nieletniego/niepełnoletniego