



.....
miejscowość i data

ZGODA NA BADANIE DZIECKA

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

Adres:

kod pocztowy: - poczta:

miejscowość / ulica:

nr telefonu:

Wyrażam zgodę na badanie psychologiczne / seksuologiczne i/lub prowadzenie sesji
psychoterapeutycznej* mojego dziecka:

Imię i nazwisko:

Miejsce i data urodzenia:

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

