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

Imię i nazwiska 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)