



Katarzyna Toboła

Gabinet Psychoterapii

tel. 602-778-535

Kostrzyn Nad Odrą, dnia

ZGODA RODZICA

Ja niżej podpisana (-ny) oświadczam, że posiadam prawa rodzicielskie w zakresie decydowania

o sprawach zdrowia mojego dziecka niepełnoletniego dziecka

i wyrażam zgodę na jego leczenie oraz prowadzenie terapii psychoterapeutycznej.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego