

**Gabinet Psychologii Zdrowia i Edukacji  
Strefy Rozwoju**

**KARTA KLIENTA (małoletniego)**

Imię i nazwisko Klienta (małoletniego): .....

Data urodzenia: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

<b>MAMA/OPIEKUN PRAWNY</b>	<b>TATA/OPIEKUN PRAWNY</b>
imię i nazwisko .....	imię i nazwisko .....
telefon kontaktowy .....	telefon kontaktowy .....
e-mail .....	e-mail .....

Zapoznałam/zapoznałem się z **Zasadami Współpracy** oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych stanowiącą załącznik do ww. Dokumentu dostępny na stronie [www.strefyrozwaju.pl](http://www.strefyrozwaju.pl) i w pełni akceptuję ich postanowienia.

.....

.....

data i podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

Zgadzam się, aby Gabinet Psychologii Zdrowia Strefy Rozwoju przesyłał mi informacje o swojej działalności, w tym o aktualnej ofercie, na wskazany powyżej adres e-mail oraz numer telefonu.

.....

.....

data i podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie następujących usług na rzecz mojego dziecka:

Nazwa usługi: .....

.....

.....

data i podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

**\* DOTYCZY WYŁĄCZNIE SYTUACJI, GDY ZGODA ZOSTAJE UDZIELONA TYLKO PRZEZ JEDNEGO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:**

Oświadczam, że:

władza rodzicielska drugiego rodzica jest ograniczona i nie ma on prawa decydowania o kwestiach zdrowotnych,

drugi rodzic jest pozbawiony władzy rodzicielskiej.

.....

data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**DOTYCZY SYTUACJI, GDY MAŁOLETNI KLIENT UKOŃCZYŁ 16 LAT:**

Wyrażam zgodę na świadczenie na moją rzecz, następujących usług:

.....

.....

.....

data i podpis małoletniego Klienta