

**Zgoda rodzica/opiekuna/opiekuna faktycznego na objęcie dziecka pomocą  
terapeutyczną oraz informacja o standardach ochrony małoletnich przed krzywdzeniem  
w Prywatnym Gabinetzie Psychoterapii „Klinika Psychologii”  
PSK Seweryn Korczak ul. Złota 59, Warszawa**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

rodzica/ opiekuna /opiekuna faktycznego

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Kontakt do opiekuna: email \_\_\_\_\_ numer telefonu \_\_\_\_\_

kontakty do małoletniego (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

- Będąc prawnym opiekunem małoletniego, wyrażam zgodę na udział dziecka w:
  - indywidualnym wsparciu o charakterze terapeutycznym\*
  - w grupowym wsparciu o charakterze terapeutycznym\* (\* - zaznaczyć odpowiednią opcję)
- Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem i o korzystaniu z wyżej wymienionych form wsparcia przez małoletniego zostały poinformowane wszystkie strony posiadające prawo do decydowania o istotnych sprawach dziecka i nie zgłosiły sprzeciwu.
- Wsparcie o charakterze terapeutycznym odbywa się wyłącznie za zgodą małoletniego, co zostało ocenione przez specjalistę podczas wywiadu z dzieckiem.
- Wyrażam zgodę na kontakt personelu (terapeuta prowadzący, pracownicy recepcji, właściciel) z małoletnim w celach mieszczących się w zakresie obowiązków specjalisty lub recepcji lub właściciela poradni (np. doprecyzowanie godziny terapii, poinformowanie o spóźnieniu/ nieobecności, etc.).
- Oświadczam, że zobowiązuję się do poinformowania drugiego opiekuna prawnego o moim wyrażeniu zgody na objęcie dziecka pomocą terapeutyczną.
- Jako opiekun prawny, biorę pełną odpowiedzialność by udzielić dziecku odpowiedniego wsparcia, w szczególności, gdy zostaną poinformowany przez specjalistę o dodatkowych potrzebach dziecka mających wesprzeć proces terapeutyczny.
- Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi dokumentami Gabinetu Psychoterapii, w tym Regulaminami.
- Wyrażam zgodę, aby personel (terapeuta prowadzący, pracownicy recepcji, właściciel) kontaktował się z małoletnim poprzez prywatne kanały komunikacji (prywatny telefon, e-mail, inny komunikator) w zakresie dotyczącym organizacji procesu terapii.

\_\_\_\_\_  
data i podpis prawnego opiekuna

### Dodatkowa informacja dla opiekuna prawnego i małoletniego

- Informujemy, iż w placówce obowiązują *Standardy ochrony małoletnich* dostępne bezpośrednio w placówce lub na stronie internetowej [www.KlinikaPsychologii.pl](http://www.KlinikaPsychologii.pl)  
Serdecznie zachęcamy do zapoznania się z dokumentem.
- Szczególnie chcemy Państwa poinformować o tym, że:
  - Gabinet dysponuje materiałami edukacyjnymi dla małoletnich i opiekunów prawnych.
  - W sytuacji zagrożenia krzywdzeniem przez członków rodziny lub osoby trzecie opiekunowie prawni są zobligowani przez pracowników Gabinetu do podjęcia działań przeciwdziałających krzywdzeniu.
  - W przypadku otrzymania przez Gabinet Psychoterapii informacji o podejrzeniu krzywdzenia małoletniego przez opiekunów prawnych, terapeuta jest zobligowany do powiadomienia odpowiednich służb działających na terenie Polski.
  - Podejmowane działania przez pracowników służą zabezpieczeniu dziecka przed krzywdzeniem. Nie mogą jednak naruszać tajemnicy i etyki zawodowej psychologa, psychoterapeuty oraz innego specjalisty.
- Informujemy również, że pełna Klauzula RODO dostępna jest na stronie [www.klinikapsychologii.pl](http://www.klinikapsychologii.pl).