

KARTA ZGŁOSZENIOWA | PSYCHOTERAPIA | KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE

Pracownia Dobrej Relacji Anna Malec

Poniższe informacje są zbierane celem zapewnienia bezpieczeństwa, jakości pracy oraz dopasowania formy wsparcia do indywidualnej sytuacji Klienta.

Karta stanowi uzupełnienie dokumentu „Zasady współpracy | Psychoterapia | Konsultacje psychologiczne” i jest jego integralną częścią.

Dane Klienta (dziecka)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon: Adres e-mail:

Dane Rodziców/Opiekunów prawnych

Imię i nazwisko taty / opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy taty / opiekuna prawnego:

Adres e-mail taty / opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko mamy / opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy mamy / opiekuna prawnego:

Adres e-mail mamy / opiekuna prawnego:

Władza rodzicielska

☐ Pełna władza obojga rodziców

☐ Inna sytuacja prawna (jaka?)

Osoba do kontaktu w sytuacji nagłej (opcjonalnie)

Imię i nazwisko, funkcja dla dziecka: Telefon:

Informacje ważne dla bezpieczeństwa dziecka

Alergie:

Choroby / trudności zdrowotne:

Przyjmowane leki:

Zasady odbioru dziecka

☐ Dziecko będzie odbierane wyłącznie przez rodziców / opiekunów prawnych

☐ Dziecko może być odbierane przez osoby upoważnione:

Imię i nazwisko: Telefon:

Imię i nazwisko: Telefon:

Samodzielny powrót dziecka

☐ Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka po zajęciach

☐ Nie wyrażam zgody

Odpowiedzialność za dziecko przechodzi na opiekuna z momentem opuszczenia przestrzeni Pracowni.

Skąd dowiedziałeś/aś się o Pracowni Dobrej Relacji?

☐ polecenie znajomych

☐ wyszukiwarka internetowa

☐ media społecznościowe (Facebook, Instagram)

☐ inne (jaki?)

Dane do faktury (jeśli dotyczy)

.....

KARTA ZGŁOSZENIOWA | PSYCHOTERAPIA | KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE
Pracownia Dobrej Relacji Anna Malec

Oświadczenia opiekuna

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z dokumentem „Zasady współpracy | Psychoterapia | Konsultacje psychologiczne” i akceptuję jego postanowienia.
- Oświadczam, że posiadam władzę rodzicielską umożliwiającą wyrażenie zgody na udział dziecka w procesie.
- Wyrażam zgodę na udział dziecka w procesie psychoterapeutycznym / konsultacyjnym.
- Przyjmuję do wiadomości, że dziecko jest Klientem procesu terapeutycznego, a informacje przekazywane rodzicom dotyczą organizacji i kierunku pracy, bez ujawniania szczegółowej treści spotkań, z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia dziecka albo innych przypadków przewidzianych prawem.
- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.
- Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe dziecka, w tym dane dotyczące zdrowia psychicznego, będą przetwarzane zgodnie z klauzulą informacyjną Administratora.
- Przyjmuję do wiadomości obowiązujący cennik oraz zasady płatności.
- Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny / SMS / e-mail w sprawach organizacyjnych.

Zgoda dziecka (od 13 r.ż.)

☐ Wyrażam zgodę na udział w spotkaniach

Podpis dziecka:

Data:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: