

Stargard, dnia.....

.....
(Nazwisko i imię dziecka)

.....
(Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(Adres zameldowania/pobytu)

.....
(Numer PESEL rodzica)

.....
(Numer PESEL dziecka)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii
w Stargardzie

Zgoda na konsultacje i leczenie

Wyrażam zgodę na konsultację i leczenie psychiatryczne (w tym, w razie wskazania na hospitalizację) mojego dziecka oraz oświadczam, że jestem jego rodzicem/ opiekunem prawnym*

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Zgoda na konsultacje i leczenie

Wyrażam zgodę na konsultację i leczenie psychiatryczne mojego dziecka w PZP Dzieci i Młodzieży Zachodniopomorskiego Instytutu Psychoterapii w Szczecinie. Jednocześnie oświadczam, że jestem jego rodzicem/ opiekunem prawnym*

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić