

Karta zgłoszenia – Konsultacje psychologiczne dla dzieci i młodzieży



Projekt: „MOC PSYCHOWACHLARZA – Zdrowie psychiczne dzieci i rodzin jako odporność lokalnej społeczności”

Dane dziecka

- Imię i nazwisko:
- Data urodzenia:
- Adres zamieszkania:
- Szkoła/placówka:

Dane rodzica/opiekuna prawnego

- Imię i nazwisko:
- Telefon kontaktowy:
- Adres e-mail:

Krótki opis potrzeb / zgłaszanych trudności:

.....

.....

.....

.....

Zgoda

Wyrażam zgodę na udział dziecka w konsultacjach psychologicznych prowadzonych w ramach projektu „MOC PSYCHOWACHLARZA”.

Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z zasadami udziału i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach realizacji projektu.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego | Data

