

Karta zgłoszenia – Konsultacje psychologiczne dla rodziców/opiekunów



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

Dane rodzica/opiekuna

- Imię i nazwisko:
- Telefon kontaktowy:
- Adres e-mail:
- Imię dziecka, którego dotyczą konsultacje (opcjonalnie):
.....

Tematyka / obszar, w którym potrzebuję wsparcia:

.....

.....

.....

Zgoda

Wyrażam zgodę na udział w konsultacjach psychologicznych w ramach projektu „MOC PSYCHOWACHLARZA” i na przetwarzanie danych osobowych w celach organizacyjnych.

.....

Podpis uczestnika | Data



FUNDACJA PSYCHOWACHLARZ