………………………….

(data i miejscowość)

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W PROGRAMIE BEZPŁATNEJ, ZDALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNEJ FUNDACJI „TWARZE DEPRESJI”**

Ja ................................................................. (imię i nazwisko opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

............................................................…………………(imię i nazwisko),

w bezpłatnej, zdalnej konsultacji psychologicznej i/lub psychiatrycznej na zasadach wynikających z Regulaminu Programu opublikowanego na stronie dostępnej ze strony [www.twarzedepresji.pl/pomocpsychologiczna](http://www.twarzedepresji.pl/pomocpsychologiczna).

………………………….

(podpis)