………………………….

(data i miejscowość)

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W KONSULTACJACH PSYCHOLOGICZNYCH   
FUNDACJI „TWARZE DEPRESJI”**

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

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

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

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

………………………….

(podpis)