

.....

(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.

.....

(podpis)