

Miejscowość.....

Data.....

## Oświadczenie

Będąc prawnym opiekunem syna.....

Wyrażam zgodę na leczenie mojego dziecka w Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i Młodzieży w SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie. Zgadzam się, by wizyty w Poradni odbywały się w obecności pracownika z Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Renicach.

Upoważniam też tego pracownika do odbioru ewentualnych informacji, dokumentów dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka.

Podpis rodzica.....

Numer dowodu osobistego.....

Podpis dyrektora placówki.....

(potwierdzający zgodność podpisu rodzica)