



Wieliszew, dnia

ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA PRZEKAZANIE INFORMACJI O PROCESIE TERAPEUTYCZNYM DZIECKA

Ja, niżej podpisany/a
wyrażam zgodę na przekazanie informacji dotyczących procesu terapeutycznego mojego
dziecka
przez *Pracownię Terapeutyczną Motyle Pomocy* z siedzibą w Wieliszewie, Al. Solidarności 68/U2
do następującej placówki/organizacji:

Zakres przekazywanych informacji obejmuje:

- ☐ opis przebiegu terapii;
- ☐ wnioski diagnostyczne;
- ☐ rekomendacje terapeutyczne;
- ☐ inne informacje istotne dla dalszego wsparcia dziecka (proszę doprecyzować):

Zgoda obejmuje możliwość przekazania informacji w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej.
Celem przekazania informacji jest zapewnienie dziecku ciągłości i adekwatności wsparcia
terapeutycznego, edukacyjnego lub diagnostycznego w innej placówce/organizacji. Informacje
te posłużą do lepszego zrozumienia potrzeb dziecka oraz umożliwią dostosowanie dalszych
działań pomocowych do jego indywidualnej sytuacji i etapu rozwoju.

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i zakresie przekazywanych informacji
oraz że niniejsza zgoda może zostać w każdej chwili odwołana na piśmie.

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

Wpłynęło dnia
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej)

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

600 396 754

Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

motylepomocy@gmail.com

www.motylepomocy.com

