

Miejscowość:

Data:

Zgoda na przeprowadzenie diagnozy

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:

Numer PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

jako opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Oświadczam, że:

1. **Wyrażam dobrowolną zgodę** na przeprowadzenie procesu diagnostycznego / objęcie opieką terapeutyczną mojego dziecka przez Agnieszkę Czajewicz (Strefa Umiejętności i Rozwoju).
2. Zostałem/am poinformowany/a o celu, przebiegu oraz metodach planowanej diagnozy/terapii.
3. Przyjmuję do wiadomości, że proces diagnozy może wymagać przeprowadzenia wywiadu, obserwacji dziecka oraz wypełnienia kwestionariuszy (w tym sensomotorycznych).
4. Zobowiązuję się do podania rzetelnych informacji dotyczących stanu zdrowia i rozwoju dziecka, które są niezbędne do postawienia trafnej diagnozy.
5. Zostałem/am poinformowany/a o prawie do wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie, co jest równoznaczne z zaprzestaniem dalszych czynności diagnostycznych/terapeutycznych.

Dodatkowe zgody (proszę zakreślić właściwe):

- Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na utrwalanie przebiegu spotkań za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk (wyłącznie do celów analizy diagnostycznej przez terapeutę).

TAK / NIE

- Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie dokumentacji (opinii, wyników) drogą elektroniczną na adres e-mail: **TAK / NIE**

AGNIESZKA CZAJEWICZ

(Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)