

**Oświadczenie opiekuna/rodzica
osoby nie posiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych**

Niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego/ podopiecznej*

..... (imię i nazwisko)

w terapii, prowadzonej przez p. Annę Łojek/ Romana Łojka

.....

(imię i nazwisko opiekuna, telefon kontaktowy)

.....

(seria i nr dowodu osobistego)

.....

(data i podpis opiekuna)

Formularz powinien zostać wypełniony przez opiekuna prawnego osoby małoletniej lub z innych powodów nie mającej pełnej zdolności do czynności prawnych.

Formularz po wydrukowaniu i wypełnieniu należy podpisać i przesać na adres

anna_lojek@wp.pl lub romanlojek@wp.pl.

*niepotrzebne skreślić