

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

Niniejszym wyrażam zgodę na korzystanie przez mojego podopiecznego/  
podopieczną\*

..... (imię i nazwisko)

z serwisu Przestrzeń Pomocy ([www.przestrzen-pomocy.pl](http://www.przestrzen-pomocy.pl)) zgodnie z  
regulaminem serwisu, w szczególności na założenie Konta Klienta i korzystanie  
przez Nią/Niego\* z usług psychologicznych świadczonych przez Psychologów.

.....  
(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 przesłać na adres podany w  
serwisie Przestrzeń Pomocy.

\*niepotrzebne skreślić