

Katowice, dnia .....

**STREFA BYTU – CENTRUM PSYCHOTERAPII I ROZWOJU**

**Sylvia Żbik-Weiss**

UL. LIGOCKA 103, BUDYNEK 1D

40-568, KATOWICE

+48 668 135 134,

INFO@STREFABYTU.PL

NIP: 6462316999

**ZGODA NA TERAPIĘ PSYCHOLOGICZNA**

Wyrażam zgodę na objęcie pomocą psychologiczną mojego dziecko

.....  
(imię i nazwisko, oraz wiek dziecka)

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