



Projekt jest współfinansowany ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

Data, .....

**ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW  
NA UDZIELENIE PORADNICTWA PSYCHOLOGICZNEGO/PEDAGOGICZNEGO**

- TAK / NIE Oświadczam, że zapoznałam(em) się z Informacją o Projekcie.
- TAK / NIE Oświadczam, że zapoznałam(em) się z informacją o ochronie danych osobowych w Projekcie.
- TAK / NIE Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego niepełnoletniego dziecka w indywidualnych konsultacjach psychologicznych/pedagogicznych realizowanych w ramach projektu „Mój świat bez przemocy” – przeciwdziałanie przyczynom przestępczości poprzez różne formy propagowania dialogu bez przemocy wśród dzieci i młodzieży organizowanego przez Fundację Służby Rodzinie „Nadzieja”, organizację pożytku publicznego w Łodzi.

Do udziału dziecka w Projekcie niezbędne jest wyrażenie wszystkich powyższych zgód.

- TAK / NIE Wyrażam zgodę na samodzielny przyjazd dziecka na konsultacje i powrót dziecka z konsultacji do domu (w przypadku zaznaczenia NIE – proszę wskazać osoby upoważnione do odbioru dziecka)

Ponoszę całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do i z poradnictwa. Dziecko zostanie przywiezione i odebrane przez:

1. ....

2. ....

(imię, nazwisko i data urodzenia)

Informacja o Projekcie jest dostępna na stronie [FundacjaNadzieja.org](http://FundacjaNadzieja.org) ⇨ Projekty ⇨ Mój świat bez przemocy.  
Informacje o Fundacji są dostępne na w/w stronie w zakładce *Informacja Publiczna*.

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
data urodzenia dziecka

Podpis obojga rodziców lub opiekunów prawnych:

.....

.....

Jeśli jest tylko jeden rodzic/opiekun należy w drugim miejscu wpisać „Brak”

