



**Centrum Terapii  
Daj Sobie Szansę**

## **Zgoda na udział niepełnoletniego w warsztatach „Stres pod kontrolą”**

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

**Imię i nazwisko uczestnika:** \_\_\_\_\_

**Data urodzenia:** \_\_\_\_\_

w warsztatach „Stres pod kontrolą” organizowanych przez Centrum Terapii Daj Sobie Szansę w Nowym Sączu.

**Imię i nazwisko opiekuna prawnego:** \_\_\_\_\_

**Telefon kontaktowy:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Podpis:** \_\_\_\_\_