

Formularz zgody rodzica na udział dziecka w konsultacji psychologicznej

Dane rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko:

E-mail: Telefon:

Dane dziecka:

E-mail: Telefon:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

E-mail: Telefon:

Ja, niżej podpisany rodzic/opiekun prawny niniejszym oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w konsultacji psychologicznej w związku z procesem afirmacji płci / tranzycji, zgodnie z indywidualnymi potrzebami dziecka.
2. Został_łam poinformowan_ o charakterze spotkań oraz o tym, że w modelu świadomej zgody **osoby wspierające nie podejmują decyzji za osobę korzystającą, lecz wspierają ją w procesie decyzyjnym.**
3. Rozumiem, że moje dziecko:
 - **ma prawo do samodzielnego określania własnej tożsamości płciowej i seksualnej** i nie musi jej uzasadniać ani opisywać w określony sposób;
 - ma prawo do przerywania procesu w dowolnym momencie;
 - może w każdej chwili zadawać pytania, prosić o wyjaśnienia, m.in o możliwych skutkach i ryzykach związanych z leczeniem hormonalnym lub innymi krokami tranzycji – w takim zakresie, w jakim dotyczy to jego planów i potrzeb;
 - może korzystać z innego rodzaju wsparcia.
4. Został_m poinformowan_ o możliwości wystawienia listu / zaświadczenia / opinii niezbędnych do dalszego procesu leczenia lub innych czynności.
5. Oświadczam, że zapoznał_m się z [Regulaminem i klauzulą informacyjną RODO](#) Fundacji COG i akceptuję ją w całości.
6. Został_m poinformowan_, że wsparcie, z którego korzystam jest realizowane w ramach projektu realizowanego przez Fundację COG i współfinansowanego przez [Kampanię Przeciw Homofobii](#) ze środków Funduszu grantowego "Wspólnymi siłami budujemy równość".

Data: Podpis rodzica: