

## Zgoda na terapię

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko)

legitymującego się numerem PESEL .....,

w konsultacjach w ramach opiniowania transpłciowości w Instytucie  
Psychoterapii i Terapii Seksuologicznej SPLOT, prowadzonych przez pana/panią  
....., oraz wydanie opinii psychologicznej.

.....  
(czytelny podpis Rodzica)