



Michał Pastewski – prowadzący

.....
(miejscowość i data)

ZGODA RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka:

.....
(Imię i nazwisko dziecka)

w zajęciach dogoterapii.

Przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach:

- alergia na sierść psa,
- otwarte rany oraz choroby skóry,
- farmakoterapia związana z niektórymi chorobami przewlekłymi (np. epilepsja),
- choroby infekcyjne,
- pasożyty,
- podwyższona temperatura,
- dogofobia oraz agresja skierowana przeciwko psu.

Oświadczam, że znam założenia pracy edukacyjnej i terapeutycznej z udziałem psa, możliwe korzyści i czynniki ryzyka, oraz że do chwili obecnej nie wystąpiły u mojego dziecka żadne wyżej wymienione przeciwwskazania oraz inne niepożądane reakcje w kontaktach z psem. Jednocześnie zobowiązuję cię do niezwłocznego zgłoszenia terapeutcie wszelkich zmian w stanie zdrowia mojego dziecka.

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