

**SZÜLŐI (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI) HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT KISKORÚ RÉSZTVEVŐNEK A FOURDÁN OKTATÁSI,  
KULTURÁLIS SZOLGÁLTATÓ KFT. ÁLTAL NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**

Alulírott

*(A szülő/törvényes képviselő adatai)*

Név:

Születési hely:

Születési idő:

Anyja születési neve:

Lakóhelye (tartózkodási helye)\*:

kiskorú

*(A gyermek adatai)*

Név:

Születési hely:

Születési idő:

Anyja születési neve:

Lakóhelye (tartózkodási helye)\*:

szülőjeként (törvényes képviselőjeként)\* hozzájárulok, hogy nevezett kiskorú a FourDán oktatási, kulturális szolgáltató Kft. által szervezett

**Pszichológiai tanácsadáson, terápián  
részl vegyen.**

Jelen hozzájárulás megadásával nyilatkozom, hogy a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot

- a) egyedül gyakorlom (szülők gyámhivatalban felvett nyilatkozata a szülői felügyeleti jog gyakorlásáról, másik szülő halotti anyakönyvi kivonata, Gyámhivatal határozata, vagy bíróság ítélete alapján, melyet mellékelten csatolok)
- b) közösen gyakorlom ..... nevű,  
..... lakóhelyű másik  
szülővel (születési név: ....., születési helye,.....  
ideje: .....,anyja neve:  
.....)
- c) a gyermek gyámja vagyok a ..... Gyámhivatal .....számú  
döntése alapján

(megfelelő rész aláhúzendó és kitöltendő)

Amennyiben a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot egyedül gyakorlom, úgy jelen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom, hogy a nyilatkozat megtételére jogosult vagyok. Minden, a jelen nyilatkozat megtételével kapcsolatos jogi felelősséggel tisztában vagyok, esetleges későbbi – a gyermek felett a szülői felügyeleti jogot érintő – jogvita esetén a FourDán oktatási, kulturális szolgáltató Kft. felelősségre nem vonható.

Jelen nyilatkozat jogalapja a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény Negyedik Könyvének XII. címében foglaltak.

Kelt: ..... (helységnev) ..... (év) ..... (hó) .....(nap)

.....  
aláírás

.....  
aláírás