……………………………………

 (miejscowość, data)

**Oświadczenie rodzica**

Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika Szkoły o tym, że aktualny stan emocjonalny mojego dziecka ………….……………………………………………… może świadczyć o **zagrożeniu jego zdrowiu i życia,** a tym samym wymaga pilnej konsultacji z lekarzem psychiatrą.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwościach uzyskania bezpłatnej konsultacji psychiatrycznej na terenie Olsztyna:

Izba Przyjęć Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego, ul. Wojska Polskiego 35

– tel. 89 678 53 03

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy WZLP, ul. Wojska Polskiego 35 – tel. 89 678 53 18;

oraz o możliwościach uzyskania bezpłatnej konsultacji psychologicznej na terenie Olsztyna:

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3 w Olsztynie, ul. Kopernika 45, tel. 89 527 23 47;

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Olsztynie (przy Centrum Psychiatrii „Anima”), ul. Jarocka 86, tel. 89 511 80 76.

Zostałam poinformowany/a również o tym, że w sytuacji bezpośrednio zagrażającej zdrowiu lub życiu mojego dziecka należy bezzwłocznie wezwać karetkę pogotowia ratunkowego.

……………………………………

 (podpis rodzica)

……………………………………

(podpis nauczyciela przyjmującego oświadczenie)