



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGÍA

D/Dña _____,

con domicilio en _____,

_____, con DNI _____, mayor de edad y padre/madre del menor libremente manifiesta que:

D/Dña _____,

con domicilio en _____,

_____, con DNI _____, mayor de edad y padre/madre del menor libremente **manifiesta** que:

Consienten la participación de su hijo/a _____ menor de _____ años en la intervención psicológica para la mejora de su rendimiento deportivo y bienestar con la psicóloga , Celia Domingo con numero de colegiada M-37407 , coordinadora del área de psicología del club balonmano S.S de los Reyes. Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo:

Fecha: ____ / ____ / 202__

Firma tutores _____ Firma tutores _____

Firma de la psicóloga deportiva _____

