…………………………………………

*Miejsce data*

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji diagnostycznych (lekarskich, psychologicznych, terapeutycznych i pedagogicznych) w kierunku FAS/FASD oraz na udział w terapii mojego dziecka/podopiecznego

……………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

w Regionalnym Punkcie Diagnozy i Terapii FAS/FASD w Lublinie.

…………………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka/podopiecznego

……………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

i posiadam władzę rodzicielską:

* pełną
* ograniczoną
* zawieszoną

(*wybierz właściwe*)

………………………………………

*Podpis rodzica/ opiekuna prawnego*