…………………………………………

*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.

Osobą upoważnioną do:

* uczestniczenia z moim dzieckiem/podopiecznym w procesie diagnostycznym w Regionalnym Punkcie Diagnozy i Terapii FAS/FASD;
* odebrania opinii lekarsko – psychologicznej mojego dziecka w Regionalnym Punkcie Diagnozy i Terapii FAS/FASD;
* udziału z moim dzieckiem w ewentualnej terapii w Regionalnym Punkcie Diagnozy i Terapii FAS/FASD w Lublinie

jest………………………………………………..

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej)*

………………………………………

*Podpis rodzica/ opiekuna prawnego*