......................................................

Місце і дата

Заява

Даю згоду на проведення діагностичних консультацій ( медичних, психологічних, терапевтичних і педагогічних ) в напрямку FAS/FASD і погоджуюсь на участь в терапії моєї дитини/підопічного

....................................................................................................................................................

ім’я та прізвище дитини

в Регіональному Пункті Діагностики і Терапії FAS/FASD в Любліні.

Уповноважена особа до:

* брати участь з моєю дитиною/підопічним в процесі ( під час ) діагностики в РПДіТ FAS/FASD
* отримання медично – психологічного висновку моєї дитини в РПДіТ FAS/FASD
* брати участь з моєю дитиною у можливо найближчий терапії в РПДіТ FAS/FASD в Любліні

................................................................

ім’я та прізвище уповноваженої особи

..........................................

Підпис батьків/законного опікуна

**FAS** – фетальний алкогольний синдром, є специфічним вродженим дефектом розвитку дитини, спричинений вживанням алкоголю матір’ю під час вагітності.

Вроджені дефекти розвитку, пов’язані з вживанням алкоголю під час вагітності, можуть мати різні розміри та пропорції.

Широкий спектр асоційованих ефектів пов’язаних із вживанням алкоголю вагітною матір’ю **–** **FASD.**