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

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

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

Підпис батьків/законного опікуна

Заява

Свідомий кримінальної відповідальності, заявляю, що я законний опікун дитини/підопічного

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

ім’я та прізвище дитини

і маю батьківські права:

* повні
* обмежені
* призупинені

( виберіть належний )

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

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.**