Lublin, dnia ………………………..

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

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