

Разрешение

на обследование и работу с психологом

Я, _____
(Ф.И.О. родителей, законных представителей, опекуна)

Согласен(на) на обследование и работу с психологом по возрасту

Моему ребенку _____
(Ф.И.О. ребенка, год рождения)

Дата: _____
Подпись: _____ (_____)

Согласие

Я, _____
(Ф.И.О. родителей, законных представителей, опекуна)

Согласен(на) на осмотр врачом психиатром, врачами специалистами
Борисоглебской и Ростовской ЦРБ, областных клиник, при необходимости на
обследование (в том числе УЗИ, рентген, ФГДС) и лечение моего ребенка

(Ф.И.О. ребенка, год рождения)

Дата: _____
Подпись: _____ (_____)