

Warszawa, dn.....

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Adres zamieszkania

Oświadczenie

Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * osobą zamieszkującą wraz z dzieckiem, które zgłaszam do diagnozy w FASD Point, **na terenie powiatu ościennego m. st. Warszawy**.
Zamieszkujemy pod adresem wskazanym w niniejszym oświadczeniu.

.....
Czytelny podpis rodzica

* proszę zakreślić właściwe stwierdzenie

Uwaga: FASD Point oferuje bezpłatną pomoc mieszkańcom Warszawy i w niewielkim zakresie (10 % rocznej liczby diagnoz) mieszkańcom powiatów ościennych m.st. Warszawy – wówczas, gdy co najmniej jedna z osób (rodzic lub dziecko) musi zamieszkiwać w powiecie ościennym m.st. Warszawy

✉ fasdpoint@instytutnowejkultury.pl

☎ +48 730 030 785

📍 ul. Łochowska 39/7, 03-757 Warszawa