

Warszawa, dn.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko dziecka

Upoważnienie

Upoważniam
Imię i nazwisko osoby oraz numer dowodu osoby upoważnionej do reprezentowania dziecka

do podjęcia czynności związanych z przeprowadzeniem procesu diagnostycznego (w tym badania lekarskiego) oraz czynności terapeutycznych w stosunku do dziecka przez specjalistów FASD Point.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego