

Согласие на осмотр врачом – психиатром ребенка

Мы, родители (ФИО ребенка, год рождения) _____

Даем своё согласие на осмотр врача-психиатра.

Мать _____

Дата рождения _____

Отец _____

Дата рождения _____

Дата _____