

Warszawa, dn.....

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

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Adres zamieszkania w Warszawie

Oświadczenie

Oświadczam, że **jestem / nie jestem** * osobą zamieszkującą wraz z dzieckiem, które zgłaszam do diagnozy w FASD Point, **na terenie m. st. Warszawy.**

Zamieszkujemy pod adresem wskazanym w niniejszym oświadczeniu.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

* proszę zakreślić właściwe stwierdzenie

Uwaga: FASD Point oferuje bezpłatną pomoc mieszkańcom Warszawy – co najmniej jedna z osób (rodzic lub dziecko) musi zamieszkiwać w Warszawie