



Samtykkeskjema

Jeg samtykker til at mitt barn _____ født: _____
mottar utredning/behandling/terapi av psykolog/psykiater ved Aleris.

Dato og sted:

Signatur:

Forelder 1: _____

Forelder 2: _____

***Kopi av legitimasjon skal vedlegges** Samtykke må medbringes
til første konsultasjonstid for barn opp til 16 år.**