



PSYKOLOG JETTE BAK

Forældresamtykke til at mit barn	
(angiv barnets navn)	(angiv barnets cpr.nr.)
må indgå i terapeutisk behandlingsforløb hos Psykolog Jette Bak	
Navn:	
(angiv navn på forældremyndighedsindehaver med letlæselig skrift)	
<input type="checkbox"/> Har fuld forældremyndighed <input type="checkbox"/> Har delt forældremyndighed	
Dato og underskrift	
Navn:	
(angiv navn på forældremyndighedsindehaver med letlæselig skrift)	
<input type="checkbox"/> Har fuld forældremyndighed <input type="checkbox"/> Har delt forældremyndighed	
Dato og underskrift	
Tilbagetrækning af samtykke kan ske ved henvendelse til Psykolog Jette Bak på telefon 5222 6550. For øvrige kontaktoplysninger henvises til hjemmesiden www.jette-bak.dk	