

**Acord privind însoțirea copilului la consulturi medicale
și alte evaluări pe perioada de respiro**

Părțile acordului:

1. Centrul Respiro pentru Familiile Copiilor cu Dizabilități , cu sediul în București, Calea Șerban Vodă nr.48, sector 4, reprezentat de doamna/domnul _____ în calitate de _____
2. Părintele/reprezentantul legal: _____, cu domiciliul în _____

Datele copilului:

Numele copilului: _____
Data nașterii: _____
Diagnostic/afecțiuni cunoscute: _____

Obiectul acordului:

- a) Părintele/reprezentantul legal este de acord ca, pe durata șederii copilului în Centrul Respiro, acesta să fie însoțit de către personalul centrului la serviciile medicale aflate în derulare, la evaluări medicale necesare, în conformitate cu nevoile copilului, precum și în cazul în care copilul necesită îngrijiri medicale de urgență pe perioada șederii în centru,.
- b) Părintele/reprezentantul legal al copilului se angajează să furnizeze Centrului Respiro toate informațiile necesare privind programările, medicii curanți, precum și orice alte detalii legate de tratamentele aflate în desfășurare.
- c) Părintele/ reprezentantul legal al copilului își exprimă consimțământul informat pentru toate activitățile de însoțire la consultațiile și evaluările medicale prevăzute în acest acord.

Data: _____

Nume, prenume, semnătură
Reprezentant Centrul Respiro

Nume, prenume, semnătură
părinte/reprezentant legal