

Consentement pour le Traitement Thérapeutique des Mineurs

Nom du Client _____

Date de Naissance _____

Je certifie donner la permission à Stacey Laves-Khalifa, LPC pour le traitement psychologique de mon enfant.

Ce traitement peut inclure de la psychothérapie individuelle ou de groupe, des recommandations et des tests. Il peut aussi inclure des consultations avec d'autres thérapeutes ou professionnels.

Je certifie de même que j'ai l'autorité légale pour autoriser et consentir à ces évaluations et/ou traitement en tant que parent(s) ou gardien(s) de cet enfant.

Ce traitement peut également inclure des références à d'autres compétences professionnelles, si cela s'avérait nécessaire.

Signature du parent ou du gardien _____ Date _____

Nom imprimé du parent ou du gardien _____

Adresse _____

Ville _____ Code _____

Téléphone (résidence) _____ E-mail _____

Témoin/Titre _____