

Za sudionike mlađe od 18.godina:

SUGLASNOST RODITELJA

Ja _____ roditelj _____
(ime i prezime roditelja) (ime i prezime djeteta)

dajem suglasnost za sudjelovanje moga djeteta u psihodramskim radionicama koje u suradnji s Edukacijsko-rehabilitacijskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu organizira Centar za poremećaje hranjenja BEA.

Potpis roditelja:

U Zagrebu, _____