**SAGLASNOST RODITELJA/ STARATELJA/ USVOJITELJA**

**za individualni preventivni tretman**

Ja,­­­­­­­­­­­­­­­­­...........................................................iz ......................................saglasan sam da moje

(ime i prezime) (mjesto stanovanja)

malodobno dijete......................................................................dolazi u JU Odgojni centar

(ime i prezime)

TK na tretman, po preporuci .............................................................................................

(naziv ustanove koja upućuje zahtjev)

Mjesto i datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis roditelja, staratelja ili usvojioca:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj LK:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_