**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_