



Permissão dos pais para aconselhamento

Nome do estudante:					Id #														
Escola:			Professor/Equipe:					Grau:			DOB:								

Seu filho/a foi encaminhado para serviços de aconselhamento na escola deles. O aconselhamento ocorrerá durante o dia escolar e incluirá:

Aconselhamento ___ Individual

Aconselhamento ___ Group

Os serviços serão prestados por: _____

Se você concordar com esses serviços, assine abaixo, e retorne para a escola. Você pode revogar seu consentimento a qualquer momento. Seu consentimento permanecerá ativo durante o restante do ano letivo atual, a menos que você indique o contrário.

Por favor, sinta-se livre para entrar em contato comigo caso tenha alguma pergunta _____

Pai/Responsável/Estudante com 18 anos ou mais, deve completar o seguinte:

Eu dou permissão para o aconselhamento do meu filho.

<p>_____ Signature of Pai/Guardião/Adult Estudante</p>	<p style="text-align: center;">/ / _____ Date Assinado</p>
--	--