

Vizsgálati kérelem

Alulírott _____ (szülő/gondviselő/gyám)

kérem _____ nevű gyermekem kivizsgálását az
Autizmus Alapítvány Ambulanciáján.

A gyermek születési ideje: _____

Kérésem rövid indoka:

Lakcím: _____

Postacím, vagy ahova a postai küldeményeket fogadják: _____

E-mail cím: _____

Budapest,

aláírás