Tilmeldingsblanket

- FÅ STYR PÅ angsten

Nedenstående ønsker at deltage i programmet FÅ STYR PÅ angsten.

Barnets navn:

Barnets fødselsdato samt årstal:

Forældres navn (mor):

Mobiltelefon:

E-mail:

Forældres navn (far):

Mobiltelefon:

E-mail:

Kort beskrivelse af barnets problematik:

Har dit barn tidligere været i kontakt med psykiatrien eller PPR og i hvilken forbindelse?