

## ਮਨਜ਼ੂਰੀ

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ \_\_\_\_\_ ਦੀ ਮਾਂ/ਪਿਓ ਜਾਂ ਗਾਰਡੀਅਨ  
ਫੋਨ ਨੰ. \_\_\_\_\_ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਕ: \_\_\_\_\_,  
ਲਈ ਚਾਈਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ ਸੈਂਟਰ ਵੱਲੋਂ ਉਸਦੀ ਅਸੈਸਮੈਂਟ, ਇਲਾਜ, ਜਾਂ/ਅਤੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ  
ਆਪਣੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਇਹ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਜਾਂਚਣ, ਫੰਡਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ  
ਕੰਮਾਂ ਵਰਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਮੈਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਅਸੈਸਮੈਂਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੌਰਾਨ ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ  
ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਟੀਚੇ ਉਲੀਕਣ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵਾਂਗਾ/ਗੀ।

ਹਾਂ ਜੀ       ਨਹੀਂ ਜੀ      ਮੈਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੈਕਟੀਕਲ ਸਟੂਡੈਂਟ (ਇੰਟਰਨਸ਼ਿਪ) ਵੱਲੋਂ  
ਹਿੱਸਾ ਪਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦੀ/ਦਾ ਹਾਂ।

ਨਹੀਂ ਜੀ      ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਚਾਈਲਡ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ  
ਸੈਂਟਰ ਵੱਲੋਂ ਭੇਜੇ ਜਾਂਦੇ ਨਿਊਜ਼ ਲੈਟਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਦੀ  
ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਲੈਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ।

\_\_\_\_\_

ਤਾਰੀਖ

\_\_\_\_\_

ਦਸਤਖਤ

\_\_\_\_\_

ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

ਪਤਾ

\_\_\_\_\_

ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ

\_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰ. (ਘਰ ਅਤੇ ਕੰਮ)

\_\_\_\_\_

ਗਵਾਹ (ਗ਼ੈਰ-ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ)