



Occupational Therapy Services

Parental / Guardian Consent to Referral

CLIENT'S NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____
Day/Month/Year

Pediatric Occupational Therapy (OT) promotes functional independence for children who are dealing with the effects of disease, illness, injury, disability, or developmental delays. Through the use of meaningful activities and play, OT facilitates normal development of age-appropriate skills.

An OT evaluation can last up to 6 hours inside the classroom, clinic or home. At this point, a discussion of findings and recommendations are given that can be implemented by staff, caregivers and/or solely by the Occupational Therapist, for which treatment options can be discussed.

Please fill out below to give consent.

I _____ being the custodial parent or guardian of _____ who is a minor, hereby consent to his/her referral to Occupational Therapy services offered by Marcia-Lisa Dennis, OT Reg.(N.S.) or her staff when appropriate. I also confirm that I have been informed and understand the nature of the referral and treatment process offered.

Parent / Guardian

Date



Services d'ergothérapie

Consentement des parents / tuteurs

NOM DU CLIENT: _____

DATE DE NAISSANCE: _____
Jour/ mois /année

L'ergothérapie pédiatrique favorise l'autonomie fonctionnelle des enfants qui subissent les effets d'une maladie, d'une blessure, d'un handicap ou de retards de développement. Grâce à l'utilisation d'activités et de jeux significatifs, l'ergo facilite le développement normal des compétences adaptées à l'âge.

Une évaluation en ergothérapie peut durer jusqu'à 6 heures en classe, à la clinique ou à la maison. À ce stade, une discussion des résultats et des recommandations est donnée et peut être mise en œuvre par le personnel, les soignants et / ou uniquement par l'ergothérapeute, pour laquelle des options de traitement peuvent être discutées.

S'il vous plaît remplir ci-dessous pour donner votre consentement.

Je _____ étant le parent gardien ou le tuteur de _____ mineur, je consens par la présente à ce qu'il soit dirigé vers des services d'ergothérapie offerts par Marcia-Lisa Dennis, erg (N.E.), ou son personnel, le cas échéant. Je confirme également que j'ai été informé et que je comprends la nature du processus de référence et de traitement proposé.

Signature du parent / tuteur

Date