



## **Parental / Guardian consent for OT assessment**

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 assessment involves a systematic bottom up approach to assess foundational skills to determine areas of strength and weakness. The OT assessment 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. Treatment options and fees 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 staff of Lisa's Holistic Rehab & Neurofeedback. I  
also confirm that I have been informed and understand the nature of the assessment and  
treatment process offered.

\_\_\_\_\_  
Parent / Guardian

\_\_\_\_\_  
Date



## Consentement des parents / tuteurs pour évaluation en ergothérapie

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 de l'ergothérapie implique une approche systématique ascendante pour évaluer les compétences de base afin de déterminer les points forts et les points faibles. L'évaluation ergothérapeute peut durer jusqu'à 6 heures à l'intérieur de la salle de classe, de la clinique ou de la maison. À ce stade, une discussion des constatations et des recommandations est donnée qui peut être mise en œuvre par le personnel, les soignants et / ou uniquement par l'ergothérapeute. Les options de traitement et les frais peuvent être discutés.

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 le personnel de Lisa's Holistic Rehab & Neurofeedback. Je confirme également avoir été informé et comprendre la nature du processus d'évaluation et de traitement proposé.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date