

# Stepping Stones



## Child & Adolescent Services

Serving Butler, Coffee, Covington & Crenshaw counties

*A service of South Central Alabama Mental Health*

### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que el personal SCAMHC  
Nombre del padre

Proporcione servicios clínicos a mi hijo, \_\_\_\_\_  
Nombre del niño

en \_\_\_\_\_. Entiendo que esta autorización es  
Nombre de la escuela

voluntaria y puedo revocarla en cualquier momento notificando verbalmente al personal de SCAMHC o por escrito. Este formulario debe actualizarse anualmente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de SCAMHC Fecha