

DECLARAȚIE PĂRINTI

Subsemnata....., născută la data de....., în sat/comună/oraș..... județ..... domiciliată în str....., bl....., sc....., ap....., sector/localitate....., județ..... posesoare a B.I./C.I. seria....., nr....., emis de..... la data de..... CNP....., telefon fix....., telefon mobil....., e-mail..... în calitate de MAMĂ¹ și

Subsemnatul....., născut la data de....., în sat/comună/oraș..... județ..... domiciliat în str....., bl....., sc....., ap....., sector/localitate....., județ..... posesor al/a B.I./C.I. seria....., nr....., emis de..... la data de..... CNP....., telefon fix....., telefon mobil....., e-mail..... în calitate de TATĂ, ambii în deplină cunoștință de cauză, **în calitate de PĂRINTI ai minorului/minorei**..... născut/ă la data de.....², declarăm pe proprie răspundere următoarele:

1. Fiul/fiica noastră este bolnav/ă de....., potrivit documentului..... anexat prezentei în fotocopie (xerocopie) și datelor privind tratamentele urmate, cuprinse în Fisa bolnavului pe care am completat-o și semnat-o.
2. Până la data semnării prezentei, am solicitat de bună voie terapeutului Fundației Umanitare „Sănătate prin gândire și alimentație” - în memoriam ing. Valeriu Popa, o consultație pentru o evaluare a stării de sănătate a fiului/fiicei noastre și astăzi, data semnării prezentei declarații, ne-am prezentat la Fundație, după ce ne-am documentat temeinic, hotărâți să încercăm aplicarea unei metode alternative de vindecare, neinvazivă și fără medicamente pentru fiul/fiica noastră.
3. Pentru consultația efectuată de terapeutul Fundației, nu ni s-a perceput nici un tarif/onorariu/prestație materială.
4. Am făcut de bună voie o donație în contul Fundației, pentru a ajuta după posibilitățile noastre efortul de funcționare a acesteia și de construire a unui lăcaș de susținere și vindecare a oamenilor grav bolnavi/ Nu avem mijloace materiale pentru a face o donație în contul Fundației³.
5. Ne asumăm totala responsabilitate împreună cu fiul/fiica noastră, privind conduita terapeutică naturistă pe care o va urma fiul/fiica noastră fiind deplin conștienți că terapia naturistă nu garantează vindecarea iar terapeutul Fundației ne-a informat asupra acestui aspect.
6. Avem cunoștință de faptul că și după consultația efectuată de terapeutul Fundației, ne vom păstra deplina libertate ca fiul/fiica noastră să urmeze orice fel de tratament vom decide și vom considera oportun pentru menținerea stării sănătății sale, fie el alopatic sau naturist, hotărând asupra acestui aspect de comun acord cu fiul/fiica noastră.
7. Avem cunoștință de pe site-ul Fundației ([www@petreanca.ro](http://www.petreanca.ro)), despre toate regulile a căror respectare este necesară pentru a urma în deplină siguranță și cu maxim de potențial, dieta naturistă necesară îmbunătățirii sănătății fiului/fiicei noastre, așa cum a fost propusă.
8. Dacă vom hotărî ca fiul/fiica noastră să urmeze dieta propusă, vom comunica telefonic sau electronic la Fundație⁴, data începerii acesteia, precum și orice alte eventuale informații privitoare la evoluția stării sănătății fiului/fiicei noastre.
9. Am fost solicitați să ne exprimăm punctul de vedere pentru o eventuală prezentare a cazului fiului/fiicei noastre în oricare dintre publicațiile editate de Fundație, sau cu care aceasta colaborează și declarăm că⁵:
 - Suntem de acord
 - Nu suntem de acord
 - Ne vom exprima ulterior punctul de vedere, când vom fi solicitați
10. Alături de noi, fiul/fiica noastră prezintă o declarație personală și ne angajăm să respectăm voința fiului/fiicei noastre în ceea ce privește conduita terapeutică pe care o va urma.

Prezenta declarație a fost dată în două exemplare, astăzi....., la.....

Semnătura mamă

Semnătura tată

¹ Dacă părintele este mamă singură, se completează numai de aceasta

² Declarația se completează de părinții minorului în vârstă de până la 14 ani

³ Se menține răspunsul corect

⁴ Telefon Fundație: 0244283279 sau 0722.724.012, e-mail: office@petreanca.ro

⁵ Vă rugăm încercuți opțiunea care corespunde dorinței dumneavoastră