# Załącznik nr 4

# Kontrakt z rodzicem/opiekunem prawnym dotyczący opieki nad symulatorem w warunkach domowych

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*miejscowość, data*

**KONTRAKT Z RODZICEM/OPIEKUNEM PRAWNYM
DOTYCZĄCY OPIEKI NAD SYMULATOREM W WARUNKACH DOMOWYCH**

Jako Rodzic/Opiekun osoby z niepełnosprawnością intelektualną mam świadomość, że moja córka/syn/podopieczny/podopieczna będzie jedynym opiekunem symulatora, który odzwierciedla zachowania prawdziwego niemowlęcia.

Doświadczenie to ma pokazać mojemu synowi/córce/podopiecznemu/podopiecznej, jakiego zaangażowania czasu, energii i uczuć wymaga bycie rodzicem niemowlęcia.

Symulator opieki nad niemowlęciem wymaga stałej opieki przez całą dobę; gdy zapłacze, mój syn/moja córka/podopieczny/podopieczna musi rozpoznać i zaspokoić jego potrzeby.

Płacz symulatora oraz konieczność reagowania na jego sygnały również nocą mogą spowodować, że moja córka/mój syn/podopieczny/podopieczna będzie niedosypiać lub zakłócać sen innych członków rodziny.

Jestem świadomy(a), że moja córka/mój syn/podopieczny/podopieczna powinna (powinien) postępować zgodnie z instrukcją, aby nie uszkodzić symulatora.

Po zapoznaniu się z informacjami na temat projektu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*nazwa projektu*

wyrażam zgodę, aby moja córka/mój syn/podopieczny/podopieczna,

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*imię i nazwisko*

uczestniczyła (-ył) w nim.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*podpis*