

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia dziecka .....

Nazwa i numer szkoły/przedszkola .....

Wyrażam zgodę na :

- obserwację mojego dziecka przez specjalistę Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 24 na terenie przedszkola/ szkoły
- wgląd specjalisty Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 24 do dokumentacji mojego dziecka znajdującej się na terenie przedszkola/ szkoły
- konsultacje w sprawie mojego dziecka między specjalistą Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 24, a pracownikami przedszkola/ szkoły

.....

(data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych )