

Warszawa, dn. ....

Ponoszę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót do domu mojego syna / mojej córki\*

.....  
(imię i nazwisko Dziecka)

W .....  
(dokładna data lub rok szkolny)

z Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej nr 24  
w Warszawie przy Al. Rzeczypospolitej 14

\*niepotrzebne skreślić.

.....  
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

Warszawa, dn. ....

Ponoszę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót do domu mojego syna / mojej córki\*

.....  
(imię i nazwisko Dziecka)

W .....  
(dokładna data lub rok szkolny)

z Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej nr 24  
w Warszawie przy Al. Rzeczypospolitej 14

\*niepotrzebne skreślić.

.....  
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)