



ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

.....
(nr dowodu tożsamości)

Do Dyrektora Szkoły

Wyrażam zgodę na udział w ustalonych formach, okresie i wymiarze godzin udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, mojego syna/mojej córki

.....urodzonej.....

w zam.

.....
(podpis)