

## ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA POMOCĄ PSYCHOLOGICZĄ

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Telefon)

.....  
(Nr dowodu tożsamości)

Wyrażam zgodę na udział w zajęciach dodatkowych z psychologiem mojemu  
synowi/córcie .....(imię i nazwisko dziecka)

.....urodzonej.....w.....zam.

.....

.....  
(Podpis)