

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA OBJĘCIE UCZNIĄ
POMOĄ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ**

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

**Do Dyrektora Państwowego Liceum Sztuk Plastycznych
im. Antoniego Kenara w Zakopanem**

Wyrażam zgodę na konsultacje u Pedagoga i Psychologa Szkolnego, udział w ankietach diagnostycznych i testach przesiewowych dotyczących potrzeb uczniów oraz diagnozy psychologicznej mojego syna / mojej córki

.....
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

urodzonego/urodzonejroku w
zamieszkałego/zamieszkałej

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis rodzica/opiekuna)