

Łódź, dnia _____

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna nr 5

ul.Kopernika 40, 90-552 Łódź

Oświadczam, że jestem rodzicem: _____

i dysponuję pełnią władzy rodzicielskiej wobec dziecka.

Wyrażam zgodę na reprezentowanie mojego dziecka przez

podczas diagnostyki psychologiczno – pedagogiczno - logopedycznej w tutejszej poradni*

Wyrażam zgodę na odebranie opinii/orzeczenia mojego dziecka* przez _____

Podpis Rodzica

*niepotrzebne skreślić