

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA KONTAKT Z WYCHOWAWCĄ/NAUCZYCIELAMI

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

wyrażam zgodę na kontakt psychologa/pedagoga/logopedy z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 5 w Łodzi z wychowawcą/nauczycielami placówki oświatowej do której uczęszcza moje dziecko, w sprawach dotyczących jego nauki, zachowania oraz spraw wychowawczych.

Imię i nazwisko dziecka:

Nazwa i adres placówki:

Oświadczam, że jestem świadomy/a możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie w formie pisemnej.

Data:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: