



MENTOR



Prywatna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bielawie
ul. Wolności 105 | 58-260 Bielawa | nr tel. 74 833 13 77 | www.michalska.pl

.....
data i miejscowość

.....
Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia

.....
Adres zamieszkania rodzica /opiekuna prawnego

.....
telefon

**Prywatna Poradnia
Psychiczno-Pedagogiczna
Mentor w Bielawie**

ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA TERAPIĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka terapią:

.....
(podać rodzaj terapii)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:.....

Nazwa i adres szkoły (przedszkola), do której dziecko uczęszcza.....

.....
Klasa:.....

Dziecko nie jest objęte w/w zajęciami poza Poradnią. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Poradnię o korzystaniu przez dziecko z takich samych zajęć w innej placówce.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na informowanie szkoły o przebiegu działań, udzielonej pomocy, o terminie spotkania (właściwe podkreślić).

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka/ucznia.

Oświadczam, że składam wniosek za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów, pełnoletniego ucznia
/za zgodą i wiedzą drugiego rodzica/ opiekuna prawnego)