

Szczecin, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

.....  
(numer telefonu)

### **Zgoda na pomoc psychologiczno-pedagogiczną**

Ja, niżej podpisany ..... pełnoletni uczeń  
klasy ..... wyrażam zgodę na pomoc psychologiczno-pedagogiczną udzieloną mi przez  
pedagoga\*, pedagoga specjalnego\*, psychologa\* Zespołu Szkół Ogólnokształcących Nr 4  
w Szczecinie w roku szkolnym 2022/2023 zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami.

.....  
(czytelny podpis pełnoletniego ucznia)

\*niepotrzebne skreślić