

Szczecin, dnia

1.....

2.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych ucznia)

1.....

2.....
(numery telefonów)

Zgoda na objęcie dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną

Wyrażam/y zgodę - nie wyrażam/y zgody* na objęcie opieką psychologiczno-pedagogiczną przez pedagoga*, pedagoga specjalnego*, psychologa* Zespołu Szkół Ogólnokształcących Nr 4 w Szczecinie mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

ucznia klasy w roku szkolnym 2022/2023.

.....
czytelne podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych ucznia

*niepotrzebne skreślić