Łódź, ………………………

…………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na wgląd w dokumentację medyczną ucznia/uczennicy**

Wyrażam zgodę na wgląd w dokumentację medyczną dostępną w szkole

 mojego dziecka/ podopiecznego…………………………………………………………………………………

imię i nazwisko ucznia/uczennicy

 w celu zorganizowania efektywnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

………………………………………………………………………………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego