Łódź, ………………………

…………………………………………………………………………..

 Imię i nazwisko ucznia

……………………………………………………………………………

 Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego /pełnoletniego ucznia na objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

Zostałem/łam poinformowany/na o potrzebie objęcia pomocą psychologiczno pedagogiczną mojego dziecka/podopiecznego/mnie\*.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na objęcie mojego dziecka/podopiecznego/mnie\* pomocą psychologiczno pedagogiczną.

\*Właściwe podkreślić

………………………………………………………………………………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego/ pełnoletniego ucznia