Data ………………2020r.

…………………………..……………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

**Zgoda rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia na badanie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowej Dębie**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego dnia ………………………………….w ………………………………………….

**PO ZAPOZNANIU SIĘ** z Procedurami Diagnostycznymi w systemie diagnozy stacjonarnej w okresie epidemii COVID-19

o**świadczam, że WYRAŻAM ZGODE/ NIE WYRAŻAM ZGODY**

na diagnozę dziecka w warunkach uwzględniających PROCEDURY PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W NOWEJ DĘBIE

…………………………………………………..

podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia