ZGODA NA OBSERWACJE DZIECKA/UCZNIA

Imię i nazwisko dziecka: …….

Data urodzenia…….

Nazwa szkoły/ przedszkola …….

Wyrażam zgodę na :

- obserwację mojego dziecka przez specjalistę Powiatowej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opatówku na terenie przedszkola/ szkoły
- wgląd specjalisty Powiatowej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opatówku do dokumentacji mojego dziecka znajdującej się na terenie przedszkola/ szkoły
- konsultacje w sprawie mojego dziecka między specjalistą Powiatowej Poradni Psychologiczno– Pedagogicznej w Opatówku a pracownikami przedszkola/ szkoły

…….

(data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych)