

.....

Strzelin, dn.

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych badań psychologicznych mojego syna/podopiecznego.....
w celach diagnostycznych.

.....

Wyrażam / nie wyrażam zgody na udzielenie mojemu synowi/podopiecznemu/córcie pomocy psychologiczno – pedagogicznej w gimnazjum i Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii przy Zespole Placówek Oświatowych w Strzelinie.

.....