



ZGODA NA OBSERWACJĘ DZIECKA / UCZNIA

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Nazwa szkoły/przedszkola

Wyrażam zgodę na :

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

.....

(data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych)